

Marcel Hackbart [Hg.]

# Gesunde Vielfalt pflegen

Band 2

Ansätze zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt  
in Prävention, Intervention und Rehabilitation



## **Edition Waldschlösschen Materialien**

In der Edition Waldschlösschen Materialien veröffentlicht die Akademie Waldschlösschen Dokumentationen und Materialien. Auch Beiträgen von Kooperationspartner\*innen des Waldschlösschens steht die in unregelmäßiger Folge erscheinende Schriftenreihe offen. Die Schriftenreihe wird herausgegeben von Dr. Rainer Marbach.

### **Herausgeber dieses Heftes**

Marcel Hackbart

Projektmitarbeiter in der Akademie Waldschlösschen im „Kompetenznetzwerk zum Abbau von Homosexuellen- und Trans\*feindlichkeit“



**Selbst.verständlich  
Vielfalt**

**Kompetenznetzwerk zum Abbau von  
Homosexuellen- und Trans\*feindlichkeit**

Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher  
Selbstbestimmung und Vielfalt!

[www.selbstverstaendlich-vielfalt.de](http://www.selbstverstaendlich-vielfalt.de)

---

Gefördert vom



Bundesministerium  
für Familie, Senioren, Frauen  
und Jugend

im Rahmen des Bundesprogramms

Demokratie *leben!*

Marcel Hackbart [Hg.]

## **Gesunde Vielfalt pflegen**

Band 2

Ansätze zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt  
in Prävention, Intervention und Rehabilitation

Edition Waldschlösschen

Materialien

Heft 30

## Impressum

Marcel Hackbart [Hg.]

Gesunde Vielfalt pflegen Band 2. Ansätze zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Prävention, Intervention und Rehabilitation.

Edition Waldschlösschen Materialien / Heft 30

© Waldschlösschen Verlag

Göttingen 2021

Umschlagfoto:

istock/congerdesign

Gestaltung und Herstellung:

neueform corporate designers

1. Auflage 2021

ISBN 978-3-937977-22-5

Herausgegeben von der Akademie Waldschlösschen im Rahmen des „Kompetenznetzwerks zum Abbau von Homosexuellen- und Trans\*feindlichkeit – Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Selbstbestimmung und Vielfalt!“ im Bundesprogramm „Demokratie leben!“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

Die Veröffentlichung stellt keine Meinungsäußerung des BMFSFJ oder des Bundesamts für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) dar. Für inhaltliche Aussagen trägt der\*die Autor\*in bzw. tragen die Autor\*innen die Verantwortung.

# Inhalt

Vorwort 7

Vielfältige Ansätze in der Prävention \_\_\_\_\_

1. *Salutogenese*

**Gesundheit und Krankheit – Basiskonzepte der Gesundheitswissenschaften** 11

Melanie Misamer

2. *Prävention*

**Grundkonzepte und Formen der Prävention** 31

Marcel Hackbart & Victoria Zenß

3. *Gesundheitsmodelle*

**Gesundheitsverhalten und -modelle** 39

Victoria Zenß & Marcel Hackbart

4. *Minoritätenstress*

**Minoritätenstress als besondere Herausforderung für die Gesundheit  
queerer Personen** 53

Nikola Komlenac

Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in verschiedenen Handlungsfeldern \_\_\_\_\_

5. *Gendermedizin*

**Gendermedizin und Geschlechtervielfalt** 69

Annika Spahn

6. *Gynäkologie*

**Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in der Gynäkologie** 79

Annika Spahn & Lena Ellenberger

7. *Soziale Arbeit*

**Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit mit Bezügen zu sexueller  
und geschlechtlicher Vielfalt** 97

Melanie Misamer & Marcel Hackbart

8. *Empowerment*

**Empowerment zur Förderung sexueller Gesundheit in der HIV-Prävention** 113

Marcel Hackbart & Simon Merz

9. <i>Sucht</i>		
	<b>Substanzkonsum bei queeren Menschen: Zwischen Verbreitung und Defizitorientierung</b>	125
	Niels Graf	
10. <i>Sport</i>		
	<b>Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt beim Sport</b>	143
	Hilko Paulsen	
11. <i>Beeinträchtigung</i>		
	<b>Lebenslagen von queeren Menschen mit Behinderung oder Beeinträchtigung im Gesundheitswesen – Empirische Befunde des Projekts NRW LSBTIQ* inklusiv</b>	153
	Diana Martens	
Diversity Management und Fortbildungen zur Förderung von Vielfalt _____		
12. <i>Diversity Management</i>		
	<b>Diversity Management als Handlungsfeld im Gesundheitswesen</b>	167
	Barbara Thies & Marcel Hackbart	
13. <i>Kommunikation</i>		
	<b>„Let’s talk about Sex“ – ein Projekt zur Förderung der LSBTIQ*-inklusive Ärzt*innen-Patient*innen-Kommunikation</b>	187
	Mirja Leibnitz	
14. <i>Praxis Vielfalt</i>		
	<b>Interview zum Gütesiegel „Praxis Vielfalt“ – Wie ein Zertifizierungsprogramm unser Gesundheitswesen in Diversität schult</b>	201
	Dominik Djialeu & Johannes Grill	
15. <i>Lebensort Vielfalt</i>		
	<b>Das Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt®: Ein Qualifizierungsprogramm für die LSBTI*-sensible Gesundheitsförderung in der (Alten-)Pflege, in Hospizen und in Krankenhäusern</b>	207
	Simon Lang & Eva Obernauer	
Weiterführende Informationen _____		
16. Glossar		223
17. Akteur*innen		233
18. Broschürenliste		241

---

## Vorwort

Dieses Buch ist im Rahmen des „Kompetenznetzwerks zum Abbau von Homosexuellen- und Trans\*feindlichkeit“ entstanden, das darauf zielt, für sexuelle und geschlechtliche Selbstbestimmung und Vielfalt zu sensibilisieren, zu qualifizieren und die Vielfalt in Deutschland zu stärken. Das Kompetenznetzwerk wird gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) im Rahmen des Bundesprogramms „Demokratie leben!“

Vor einem Jahr wurde der erste Sammelband von „Gesunde Vielfalt pflegen“ veröffentlicht, der sich mit dem Untertitel „Zum Umgang mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin“ an verschiedene Gesundheitsfachkräfte und weitere Interessierte richtete. Der Ausgangspunkt des ersten Bands war die Erläuterung von sexueller, amouröser und geschlechtlicher Vielfalt, der in Hinweise für verschiedene, insbesondere medizinische und pflegebezogene, Handlungsfelder mündete. Das Gesundheitswesen ist jedoch deutlich vielfältiger. Deswegen wurde dieser zweite Band über „Ansätze zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Prävention, Intervention und Rehabilitation“ erstellt, der weitere ausgewählte Bereiche im Gesundheitswesen in den Blick nimmt – und damit auf dem ersten Band basiert. Wie der erste Band besteht der zweite aus unterschiedlichen Beiträgen in unterschiedlichen Formaten mit unterschiedlichen Perspektiven, von engagierten Menschen unterschiedlicher Professionen, unterschiedlicher sexueller und romantischer Orientierungen sowie unterschiedlicher Geschlechter. Vielfalt ist also das Leitprinzip von „Gesunde Vielfalt pflegen“ auf verschiedenen Ebenen.

Der Ausgangspunkt des zweiten Bands ist die Thematisierung von Gesundheit, Krankheit und Prävention im Allgemeinen. Zuerst werden die Konzepte von Gesundheit und Krankheit in den Gesundheitswissenschaften fokussiert (→ [Salutogenese](#); Misamer), um anschließend die verschiedenen Anknüpfungspunkte von Prävention überblicksartig darzustellen (→ [Prävention](#); Hackbart & Zenß). Der erste Teil schließt mit allgemeinen

---

Gesundheitsmodellen (→ [Gesundheitsmodelle](#); Zenß & Hackbart) sowie den für sexuelle und geschlechtliche Vielfalt besonders relevanten stresstheoretischen Ansätzen (→ [Minoritätenstress](#); Komlenac).

Im zweiten Teil werden verschiedene Handlungsfelder in den Blick genommen. Begonnen wird mit dem medizinischen Bereich, der Gendermedizin (→ [Gendermedizin](#); Spahn) sowie der Gynäkologie (→ [Gynäkologie](#); Spahn & Ellenberger). Anschließend werden Handlungsfelder mit einem besonderen Fokus auf die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (→ [Soziale Arbeit](#); Misamer & Hackbart) und angrenzende Bereiche thematisiert: Empowerment in der HIV-Prävention (→ [Empowerment](#); Hackbart & Merz), Substanzkonsum (→ [Sucht](#); Graf) und sportliche Aktivität bei queeren Menschen (→ [Sport](#); Paulsen) sowie die Lebenslagen von queeren Menschen mit Behinderung oder Beeinträchtigung (→ [Beeinträchtigung](#); Martens).

Der dritte Teil betrachtet Organisationen und Fortbildungen, um für sexuelle und geschlechtliche Vielfalt zu sensibilisieren. Nach einem Überblick über Diversity Management (→ [Diversity Management](#); Thies & Hackbart) werden ausgewählte Fortbildungen dargestellt. Begonnen wird mit dem Projekt „Let’s talk about Sex“ (→ [Kommunikation](#); Leibnitz), woran das ebenfalls von der Deutschen Aidshilfe initiierte Gütesiegel „Praxis Vielfalt“ (→ [Praxis Vielfalt](#); Djialeu & Grill) anschließt. Danach wird das Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt® der Schwulenberatung Berlin (→ [Lebensort Vielfalt](#); Lang & Obernauer) dargestellt.

Das Gesundheitswesen ist ein komplexes und dynamisches System, so dass weiterhin nur eine Auswahl von Themen- und Handlungsfeldern fokussiert werden kann. Es gibt viele weitere Themenfelder und tolle Projekte. Ziel der Sammelbänder ist es jedoch, die Reflexion und das Nachdenken anzustoßen sowie Anregungen für einen queersensiblen Umgang im Gesundheitswesen zu geben.

Mein Dank gilt allen Autor\*innen sowie allen anderen unterstützenden Menschen für die Ermöglichung dieses Werks.

Göttingen, 30. 11. 2021

Marcel Hackbart

Vielfältige Ansätze  
in der Prävention



---

Melanie Misamer

## **1. Gesundheit und Krankheit – Basiskonzepte der Gesundheitswissenschaften**

*„Gesundheit wird [vor] der subjektiv erlebten Lebenspraxis, den wahrgenommenen Risiken, Problemen und Schwierigkeiten der Verwirklichung von Gesundheit betrachtet und vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Machtverhältnisse und politischer Programme analysiert.“*

(Rademaker, 2016, S. 35)

Gesundheit und Krankheit sind auf die eine oder andere Weise Thema im Leben jedes Menschen. Daher gehen die beiden Themen auch jede\*n etwas an und beide sind deswegen auch Gegenstand wissenschaftlicher Forschungen (Geyer, 2020), um Grundlagen für das Gesundheitswesen zu schaffen (Razum & Kolip, 2020). Dieser Beitrag fokussiert gesundheitsbezogene Arbeit: Dabei geht es einerseits um körperliches, aber auch andererseits um psychisches und soziales Wohlbefinden. Wichtig ist die Ausbildung einer Gesundheitskompetenz, die für Fachkräfte in Gesundheitsberufen bzw. gesundheitsnahen Professionen besonders wichtig ist. Gesundheitskompetenz wird am Beispiel von Klient\*innen Sozialer Arbeit ausgeführt, weil sich hier u. a. besonders vulnerable Personengruppen finden. Basis dafür ist die Idee von Gesundheit aus der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1986) und den hierauf aufbauenden Methoden zur Förderung von Gesundheit in verschiedenen in Gesundheitsprozessen involvierten Bereichen, die im Idealfall professionell ineinandergreifen können. Wenn es um die Interaktion mit vulnerablen Personengruppen oder grundsätzlich um das Arbeiten im Rahmen von Statusunterschieden geht, spielt auch (Ohn-)Macht eine Rolle.

In diesem Beitrag geht es auch um klassische Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bei der Entstehung von Gesundheit ist das Konzept der Salutogenese (Antonovsky, 1997) prominent, bei der es darum geht, wie Gesundheit, z. B. durch den Aufbau eines Gefühls von Stimmigkeit im Leben oder die Ausrichtung auf Ressourcen, gefördert werden kann. Im pathogenetischen Modell geht es dagegen darum, wie Krankheit entsteht. Interessanterweise können sich beide Modelle – so unterschiedlich ihre Ausrichtungen auch sind – gegenseitig ergänzen. Das biopsychosoziale Modell schließlich setzt verschiedene Faktoren miteinander in Beziehung. Das sind biologische, psychische und soziale Faktoren, wodurch für Gesundheitsfachkräfte und Fachkräften in gesundheitsnahen Professionen aus mehreren Blickwinkeln heraus förderliche Ansätze gefunden werden, die optimalerweise in interprofessionellen Teams umgesetzt werden können.

### **Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz**

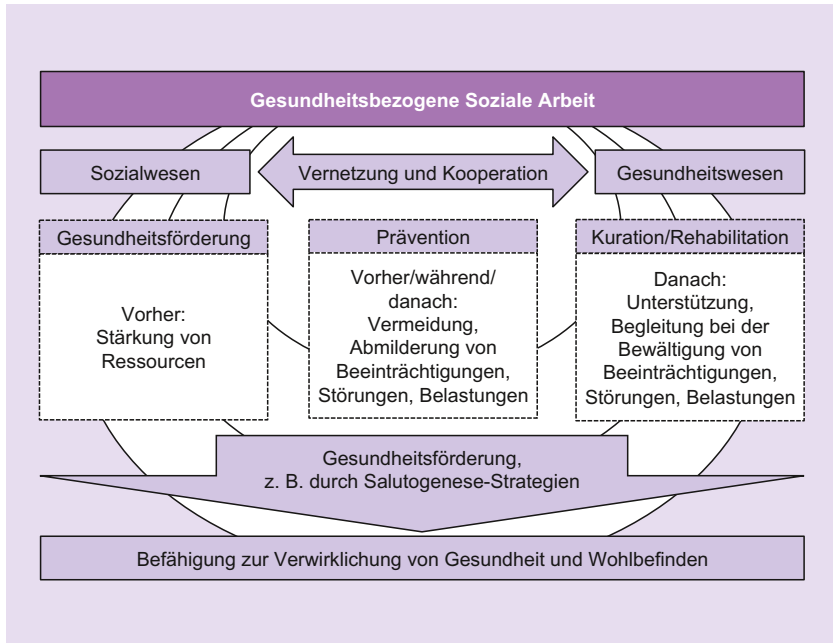
Gesundheit zu fördern, heißt, einen Prozess in Gang zu setzen, der ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die Gesundheit ermöglicht. Inbegriffen sind hierin auch das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden. Es geht darum, Wohlbefinden dadurch zu erzeugen, dass erlernt wird, eigene Hoffnungen und Wünsche wahrzunehmen und diese in der Umwelt verwirklichen zu können. Das Wohlbefinden fokussiert also die Fähigkeit, eigene Bedürfnisse befriedigen zu können. Die Basis hierfür gibt die ganzheitliche Gesundheitsdefinition der WHO, die 1986 in der Ottawa-Charta konzipiert wurde und von vielen Gesundheitsberufen als Basiskonzept verwendet wird (Dettmers, 2015; WHO, 1986). In der Gesundheitsförderung soll darüber hinaus dabei unterstützt werden, eine eigene Gesundheitskompetenz aufzubauen. Das ist die Fähigkeit, angemessene Gesundheitsentscheidungen im Rahmen des Alltagslebens zu treffen. Es handelt sich hierbei um eine Empowerment-Strategie (→ **Empowerment**), die die Fähigkeit verbessert, Kontrolle über die eigene Gesundheit zu erhöhen, gesundheitsrelevante Informationen ausfindig zu machen und Verantwortung zu überneh-

men (Kickbusch, Wait & Maag, 2005). In Kooperation und Vernetzung zwischen Sozial- und Gesundheitswesen werden Maßnahmen wie Gesundheitsförderung, aber auch Prävention und Kuratien bzw. Rehabilitation betrieben (→ [Prävention](#)), um Gesundheit und Wohlbefinden zu fördern (Rademaker, 2016). Gesundheitsförderung kann zusammengefasst also so verstanden werden, dass einerseits Gesundheit und andererseits Wohlbefinden dadurch erreicht werden sollen, dass aktiv Strategien zur Gesundheitsförderung auf verschiedenen Ebenen (biologisch, psychisch und sozial; nach Engel, 1977) angewendet werden, die eine eigene Gesundheitskompetenz bei Personen(-gruppen) aufbauen sollen.

Gesundheitsförderung umfasst viele unterschiedliche Professionen wie u. a. Medizin, Pflegewissenschaft, Public Health, Psychologie und Sozialpädagogik (Wirtz, Kohlmann & Salweski, 2018). Die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit beispielsweise ist ein Teilgebiet der Sozialen Arbeit (→ [Soziale Arbeit](#)) und leistet einen eigenständigen Beitrag neben den benannten Disziplinen (Dettmers, 2015) zur:

- Förderung und Sicherung von Gesundheit
- Heilung und Linderung von Krankheit
- Versorgung und Unterstützung von Menschen mit Behinderungen
- Versorgung und Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen

Ihr Gegenstand sind die gesundheitsförderlichen sozialen Ressourcen und die sozialen Problemanteile von Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit (Dettmers, 2015; Ortmann, 2020). Sie bezieht sich auf die gleichen Grundlagen und wendet die gleichen Methoden an wie die allgemeine Soziale Arbeit. Der Unterschied besteht darin, dass gesundheitsbezogen arbeitende Sozialarbeiter\*innen ausdrücklich die Gesundheit und Krankheit(en) in den Blick nehmen und ihre Interventionen als gezielten Beitrag zur Förderung und Sicherung von Gesundheit sowie zur Versorgung und Unterstützung erkrankter, behinderter bzw. behindert werdender und pflegebedürftiger Menschen verstehen (Dettmers, 2015; s. Abbildung 1).



**Abbildung 1:** Bezüge gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit (nach Rademaker, 2016, S. 36)

*Gesundheitsförderung:* Prozess, der höheres Maß an Selbstbestimmung über Gesundheit ermöglicht. Inbegriffen sind auch:

- Körperliches Wohlbefinden
- Psychisches Wohlbefinden
- Soziales Wohlbefinden

*Gesundheitskompetenz:* Angemessene Gesundheitsentscheidungen treffen können mit Empowerment-Strategien, die die Fähigkeiten verbessern, ...

- Kontrolle über die eigene Gesundheit zu erhöhen
- Gesundheitsrelevante Informationen ausfindig zu machen
- Selbst Verantwortung zu übernehmen

## **Die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation**

Wo kommt die Idee von Gesundheit, Gesundheitsförderung und Interessensvertretung her, auf die sich jetzt auch die neuen Gesundheitswissenschaften in ihrem Kern beziehen? Die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO hat 1986 die Ottawa-Charta verabschiedet (WHO, 1986). Diese Charta, aus der sich Konzepte zur Gesundheitsförderung ableiten, ist ein soziales Konzept für mehr Gesundheit. Als Schlüssel für Gesundheit werden folgende Aspekte gesehen:

- Die Selbstbestimmung
- Die Selbstständigkeit
- Die Selbsthilfe des Einzelnen und sozialer Systeme
- Die Partizipation und politische Einflussnahme

Die Ottawa-Charta steht für einen Perspektivwandel, denn der primäre Zugang zu den Fragestellungen ist nicht mehr nur pathogenetisch, sondern salutogenetisch (s.u.). Das Konzept der Gesundheitsförderung sieht gesundheitsschädigende und gesundheitsfördernde, psychologisch zu betrachtende Verhaltens- und soziologisch zu betrachtende Lebensweisen nicht mehr allein als individuelle Entscheidungen, sondern in ihrer Verflechtung mit sozialen, kulturellen, ökonomischen und ökologischen Bedingungen (z.B. Kaba-Schönsteil & Trojan, 2018).

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorran-

giges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden ab (WHO, 1986).

Um Gesundheit zu fördern, muss ein Prozess angestoßen werden, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung und Kontrolle über ihre Gesundheit zu ermöglichen, damit diese ihr körperliches, psychisches (im Original: seelisch) und soziales Wohlbefinden steigern können. Das soll durch aktives, gesundheitsförderndes Handeln strategisch mit (a) dem Vertreten von Interessen, (b) der Ermöglichung von Befähigung sowie mit (c) dem Vermitteln und Vernetzen in den folgenden fünf Aktionsbereichen erreicht werden: (1.) Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln, (2.) gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen, (3.) gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen, (4.) persönliche Kompetenzen entwickeln und (5.) die Gesundheitsdienste neu orientieren (WHO, 1986). Spätestens an dieser Stelle wird klar, dass Gesundheit mit Macht bzw. Selbstermächtigung zu tun hat.

*Ottawa-Charta: Schlüssel für Gesundheit:*

- Selbstbestimmung und Selbstständigkeit
- Selbsthilfe des Einzelnen und sozialer Systeme
- Partizipation und politische Einflussnahme

Wohlbefinden durch Hoffnungen wahrnehmen, Wünsche in der Umwelt verwirklichen und Bedürfnisse befriedigen.

*Aktionsbereiche* der Gesundheitsförderung:

1. Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln
2. Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen
3. Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen
4. Persönliche Kompetenzen entwickeln
5. Gesundheitsdienste neu orientieren

### **Gesundheitskompetenz und Macht**

Die Gesundheitskompetenz beinhaltet fundamental wichtige Empowerment-Strategien, die die Fähigkeit verbessert, Kontrolle über die eigene Gesundheit zu erhöhen, selbst gesundheitsrelevante Informationen ausfindig zu machen und stärker Verantwortung für das eigene Gesundheitshandeln zu übernehmen. Das dient zur Selbstermächtigung, selbst Kontrolle über die eigene Situation haben und nutzen zu können (Kickbusch et al., 2005). Wenn Macht im Kontext von Gesundheit als das Verfügenkönnen über Gesundheitsressourcen verstanden wird und Ohnmacht als das Nichtvorhandensein von bzw. das Nichtherankommen an Gesundheitsressourcen, die benötigt werden, dann treten zum einen Machtsensibilität bei Fachkräften und zum anderen Strategien für Klient\*innen und Patient\*innen in den Fokus, die es ihnen ermöglichen, mehr Kontrolle über die eigene Gesundheit zu erlangen. Ein Beispiel hierfür könnte ein junges, alleinerziehendes Elternteil sein, das bei sich und seinen Kindern durch Fehlernährung unwillentlich ein gesundheitsrelevantes Ausmaß von Adipositas auslöst. Das Elternteil hatte zu dem Zeitpunkt nicht das Handlungswissen, wie es sich und seine Kinder (nach aktuellen Erkenntnissen) „gesund“ ernährt. Durch eine Ernährungsberatung und gemeinsames gesundes Einkaufen und Nahrungszubereitung mit einer Fachkraft lernt das Elternteil, sich selbst und seine Kinder gesünder zu ernähren und damit mögliche negative gesundheitliche Folgen abzuwenden. Das junge Elternteil ist – durch das hinzugewonnene Handlungswissen und die

Motivation, dieses Wissen auch anzuwenden – stärker empowert und selbstermächtigt. Es kann nun mehr Kontrolle über die eigene Gesundheit und die seiner Kinder ausüben, weil es die durch die Beratung, gemeinsame Einkäufe und Nahrungszubereitung gesundheitsrelevante Informationen in Form von Handlungswissen erhalten hat, mit denen es – bezogen auf die Ernährung – nun selbst stärker steuern kann.

Alle professionell im Gesundheitswesen Tätigen müssen sich ihrer Macht, die sie gegenüber ihren Klient\*innen oder Patient\*innen haben, bewusst sein und dürfen diese nicht missbrauchen (→ [Soziale Arbeit](#) → [Band 1 Beziehung](#)), um Gesundheitskompetenz und Empowerment zu ermöglichen. Ein Wissen über Macht und Machtstrukturen ist damit für die Gesundheitsberufe unumgänglich. Dementsprechend muss gegen Willkür und Unterdrückung vorgegangen werden und eine gerechte, respektvolle Zusammenarbeit mit Klient\*innen gepflegt werden (Leitlinien u. a. für Soziale Arbeit s. Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit, 2014; für Medizin s. Bundesärztekammer, 2021).

Gesundheit wird u. a. vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Machtverhältnisse betrachtet (Rademaker, 2016). Daher ist die „Diskussion über Macht und Herrschaft in der Gesellschaft [...] von großer Bedeutung, da das Vorhandensein dieser auch immer eine soziale Hierarchie und soziale Ungleichheiten hervorbringen“ (Imbusch, 2016, S. 197 → [Band 1 Intersektionalität](#)). Ein weiterer Machtaspekt im Kontext von Krankheit ist dieser: „Krankheiten“ und „Störungen“ sind vom historischen und kulturellem Kontext geprägt und Diagnosen dienen teilweise dem Aufrechterhalten von (Macht-)Strukturen. So werden Inter\* und Trans\* bis heute (Stand September 2021) in der International Classification of Diseases (ICD) der WHO pathologisiert (→ [Band 1 Menschenbild](#)).

*Gesundheitskompetenz* arbeitet mit *Empowerment-Strategien*, die Folgendes forcieren:

- Kontrolle über die eigene Gesundheit zu erhöhen
- Informationen selbständig ausfindig zu machen
- Verantwortung für das eigene Gesundheitshandeln zu übernehmen
- Selbstermächtigung, selbständig Informationsmacht nutzen zu können

*Machtsensibilität*: Gesundheitsfachkräfte sollen sich ihrer Macht, die sie gegenüber ihren Klient\*innen haben, bewusst werden und dürfen diese nicht missbrauchen.

### **Gesundheit fördern: Die Salutogenese**

Warum können Menschen zuweilen trotz einer Vielzahl belastender Faktoren gesund bleiben und/oder gesundheitliche Probleme erfolgreich ausgleichen? Das Modell der Salutogenese von Antonovsky (1997) hat hierauf Antworten: „Saluto“ heißt „Gesundheit“ und „Genese“ heißt „entstehen“. Es geht bei der Salutogenese also um die Entstehung von Gesundheit (in Abgrenzung zum medizinisch-pathogenetischen Modell zur Entstehung von Krankheit). Gesundheit wird dabei als Kontinuum zwischen Krankheit und Gesundheit und als ein kontinuierlicher Prozess verstanden, auf dem sich ständig positioniert wird (→ [Prävention](#)) – selbstverständlich möglichst in Richtung Gesundheit oder um einen erreichten Gesundheitszustand zu erhalten (Antonovsky, 1997).

Was sind die Grundideen der Salutogenese? Menschen werden ständig mit unterschiedlichen Stressoren konfrontiert, die ein Spannungszustand erzeugen. Queere<sup>1</sup> Menschen beispielsweise erleben dabei neben

---

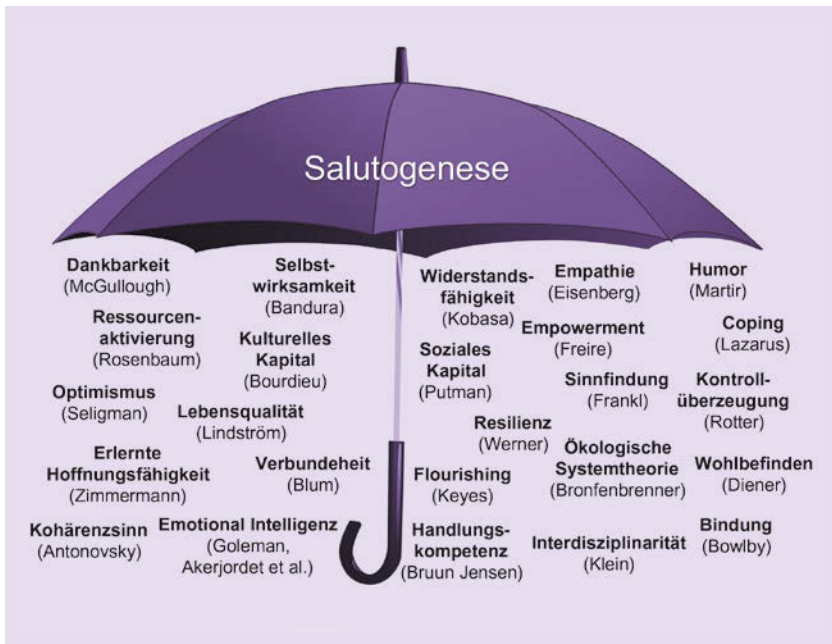
<sup>1</sup> Unter dem Begriff „queer“ werden hier alle Menschen gefasst, die von heteronormativen Vorstellungen zu sexueller Orientierung, romantischer Orientierung, Beziehungsgestaltung und Geschlechtlichkeit abweichen (vgl. Henderson, 2019).

den generellen Stressoren noch zusätzlichen Minoritätenstress (→ [Minoritätenstress](#)), der die Gesundheit beeinflussen kann (→ [Band 1 Gesundheit](#)). Die Bewältigung dieser Spannung geschieht mithilfe generalisierter Widerstandsressourcen. Beispiele hierfür sind u. a. das Immunsystem, Geld, Wissen und Intelligenz, Flexibilität, Voraussicht, der Glaube, das soziale Netzwerk und das Stigmamangement. Eine maßgebliche Rolle hierbei spielt das Kohärenzgefühl – ein Gefühl der Stimmigkeit. Das Kohärenzgefühl ist ein Gefühl der Zuversicht, dass alltägliche Ereignisse vorhersehbar und verstehbar sind. Es besteht aus drei Komponenten:

1. Verstehbarkeit: Personen mit ausgeprägtem Kohärenzgefühl erleben die Welt als strukturiert, vorhersehbar und erklärbar. Gleiches gilt für ihre inneren Erfahrungszustände. Ebenso haben Menschen mit ausgeprägtem Kohärenzgefühl das Gefühl, dass auch andere Menschen sie verstehen.
2. Bewältigbarkeit: Hinter dem Gefühl der Bewältigbarkeit der Welt steht die Überzeugung, geeignete Ressourcen zu haben, um Probleme und Herausforderungen zu bewältigen. Schwierigkeiten sind zu meistern – gleichgültig, ob die betreffende Person sie selbst löst, ob sie sich auf andere verlässt oder einer höheren Macht vertraut.
3. Sinnhaftigkeit: Personen mit hohem Kohärenzgefühl halten ihr Leben, ihre Biographie, ihr Tun für sinnvoll. Die Aufgaben sind es wert, dass Energie in ihre Lösung investiert wird. Personen mit hohem Kohärenzgefühl erkennen also Sinn in ihrem Leben.

Insgesamt lässt sich nach Antonovsky (1997) sagen: Je ausgeprägter das Kohärenzgefühl, desto weniger werden fordernde Situationen als Belastung wahrgenommen, weil von einer erfolgreichen Problemlösung ausgegangen wird. Probleme werden klarer wahrgenommen, dadurch verringert sich das Gefühl, ausgeliefert zu sein – und die Wahl angemessener und gesundheitsförderlicher Bewältigungsstrategien wird wahrscheinlicher (Antonovsky, 1997). Petzold (2013, S.29) geht noch weiter und sagt: „Das Streben nach Kohärenz ist ein übergeordnetes

– wahrscheinlich allen Lebewesen innewohnendes Prinzip, das dafür sorgt, dass sich Lebewesen [...] komplex und gesund organisieren können.“ Studien der internationalen Salutogenese-Forschung zeigen, dass sich wesentliche Annahmen des Modells bestätigen lassen (vgl. Faltermaier, 2017). Zudem ist der Gesundheitsgedanke der Salutogenese von Interdisziplinarität geprägt. Beteiligte Disziplinen sind die Psychologie, die Philosophie, die Soziale Arbeit oder die Soziologie (Meier Magistretti, Lindström & Eriksson, 2019) und darüber hinaus auch alle weiteren Gesundheitsdisziplinen. Die Evidenz spricht für Antonovskys Annahme, dass der Kohärenzsinn, also die Fähigkeit, die eigenen Gesundheitsressourcen zu erkennen und zu nutzen, eine Schlüsselkompetenz für eine gesunde Lebensorientierung ist. Es gibt einige theoretische Konzepte „unter dem salutogenetischen Regenschirm“ (s. Abbildung 2) und Modelle, die ähnliche Zusammenhänge aufzeigen.



**Abbildung 2:** Salutogenese-Regenschirm (nach Meier Magistretti et al., 2019, S. 81)

Antonovskys (1997) Theorie zum Kohärenzgefühl ist die zum jetzigen Zeitpunkt am besten erforschte Theorie mit der breitesten Evidenzbasis (in mehr als 50 Ländern). Das Modell, ursprünglich ein Stressbewältigungsmodell, basiert auf einem systemischen Ansatz, der sowohl auf individueller als auch auf Gruppen- und Gesellschaftsebene implementiert werden kann. Es scheint, dass Menschen, die gut mit dem Umfeld verbunden sind, in dem sie leben, unabhängig vom Lebensalter<sup>2</sup> ein starkes Kohärenzgefühl entwickeln können. Das Finden von Synergie oder Kohärenz zwischen dem Individuum, der Gruppe und den umgebenden sozio-ökonomischen, kulturellen und psycho-emotionalen Strukturen ist von zentraler Bedeutung für die Entwicklung einer gesunden Lebensorientierung. Die (Weiter-)Entwicklung des Kohärenzgefühls ist ein lebenslanger Prozess. Daher überrascht es nicht, dass sich die höchsten durchschnittlichen Werte bei älteren Menschen finden (Lindström & Eriksson, 2010).

Wie kann Salutogenese praktisch umgesetzt werden? In den Qualitätskriterien für salutogenetisch orientierte Arbeit (Petzold, 2013) geht es um die Ausrichtung auf attraktive Gesundheitsziele und die Förderung hierfür hilfreicher Ressourcen. Es gibt verschiedene Aspekte:

1. Sich an Kohärenz orientieren, damit das Leben an Verstehbarkeit, Bewältigbarkeit und Sinnhaftigkeit zunimmt.
2. Sich auf attraktive Gesundheitsziele ausrichten, wie die Erhöhung von Wohlbefinden, Sicherheit, Freude oder Lebensqualität.
3. Eigene Ressourcen erschließen, wie Quellen für Wohlbefinden, Eigenaktivität und Motivation.
4. Die Person und ihre Subjektivität wertschätzen, wie Selbstwahrnehmung, subjektive Theorien oder eigene Gesundheitsziele, die nicht die der Norm sein müssen.

---

<sup>2</sup> Antonovsky formulierte das Kohärenzgefühl ursprünglich etwa ab den 30. Lebensjahr als stabil, was bedeuten würde, dass das Kohärenzgefühl nach dem 30. Lebensjahr kaum oder gar nicht mehr veränderbar wäre. Es hat sich zwischenzeitlich mehrfach empirisch gezeigt, dass dem nicht so ist (z. B. Feldt, Leskinen, Kinnunen & Ruoppila, 2003; Feldt et al., 2011; Smith, Breslin & Beaton, 2003).

5. Für systemische Selbstorganisation offen sein, wie Selbstregulation durch soziale, kulturelle oder globale Einflüsse (nicht alle Prozesse sind lineare Ursache-Wirk-Prozesse).
6. Dynamisch sowohl prozess- als auch lösungsorientiert denken.
7. Mehrere Möglichkeiten einschließen, also salutogenetische und auch pathogenetische.

### **Krankheit vermeiden oder verringern:**

#### **Pathogenese und das biomedizinische Modell**

Die Idee, dass Krankheit als naturwissenschaftlich objektivierbarer Zustand von Menschen (verstanden als biologische Organismen) betrachtet wird, nennt sich Pathogenese. Die Definition von Krankheit soll sich dabei ausschließlich auf operationalisierbare und empirische Kriterien stützen. Beispiele hierfür sind, wenn (a) biologische Funktionen von der Norm abweichen (wenn die Blutdruck- oder Zuckerwerte einer Person also über den Normwerten liegen), (b) Störungen des Körpers das Überleben gefährden (z.B. durch potenziell tödliche Krankheiten) oder (c) Störungen des Körpers die Reproduktionsfähigkeit gefährden (sodass sich nur eingeschränkt oder nicht mehr fortgepflanzt werden kann). Ursachen für Krankheiten werden also ausschließlich genetischen oder externen Ursachen zugeschrieben, wie etwa Viren oder Bakterien. Dementsprechend beziehen sich die Konzepte zur Behandlung von Krankheiten in der Regel auch auf rein körperliche (somatische) Bereiche. Das reicht von manuellen Behandlungen über Operationen und Chemotherapie bis hin zu medikamentösen Behandlungen. Die Pathogenese in ihrer ursprünglichen Form entbindet die erkrankte Person von ihrer Verantwortung für den Krankheitszustand und die Heilung. Dieses Prinzip gilt aus diesem Blickwinkel ebenso für die Gesundheit. Nach dem biomedizinischen Modell wird die Gesundheit als eine Abwesenheit von Krankheit verstanden; alles orientiert sich also am Krankheitszustand. Streng genommen gibt es daher auch keine Verantwortlichkeiten für die eigene Gesundheit, denn Körper und Psyche werden als getrennte Einheiten betrachtet. Es kann zwar

sein, dass Krankheiten psychisches Unwohlsein hervorrufen, jedoch nicht umgekehrt (Knoll, Scholz & Rieckmann, 2017). Es ist also bei der klassischen Idee von Pathogenese nicht so wie beim Konzept der Gesundheitsförderung der WHO (1986), dass bei den Erkrankten durch Empowerment-Strategien ein Prozess angestoßen werden soll, der ein höheres Maß an Selbstbestimmung über Gesundheit ermöglicht und dabei zudem körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden in den Blick nimmt.

Saluto- und Pathogenese müssen jedoch nicht zwingend als komplementär und sich gegenseitig ausschließend betrachtet werden. Sie können einander ergänzen, jeweils aus einer salutogenetischen Sicht auf das Gesundheitskonzept (Gesundheitsförderung) bzw. einer biomedizinischen Sicht auf das Krankheitskonzept (Prävention und Krankheitsbehandlung → Prävention). Wie können sich diese Sichtweisen gegenseitig ergänzen? Der salutogenetische Fokus betrachtet das Kohärenzgefühl von Menschen, also die Stimmigkeit im Leben insgesamt und möglichst attraktive Gesundheitsziele auf Basis vorhandener oder potenziell verfügbarer Ressourcen, wie z. B. eine Gruppensportart (→ Sport). Während die Pathogenese Probleme, also Unstimmigkeiten und Vermeidungsziele betrachtet, wie z. B. weniger Zucker zu essen. Salutogenese schaut dementsprechend auf vorhandene Ressourcen und deren Förderung des einzelnen und das auch gerne subjektiv – es geht ja auch maßgeblich um das eigene Wohlbefinden. Und die Pathogenese schaut ihrerseits auf Defizite sowie deren Reduzierung und zwar normgeleitet (Petzold, 2013).

*Salutogenese*: Entstehung von Gesundheit:

- Kohärenzgefühl (Verstehbarkeit, Bewältigbarkeit, Sinnhaftigkeit)
- Ressourcenorientierung

- Praktische Umsetzung:
  - 1) Kohärenz aufbauen
  - 2) Auf Gesundheit ausrichten
  - 3) Auf Ressourcen ausrichten
  - 4) Subjektivität wertschätzen
  - 5) Systemische Selbstorganisation und -regulation
  - 6) Prozess- und lösungsorientiert denken
  - 7) Mehrere Möglichkeiten einschließen

*Pathogenese:* Entstehung von Krankheit als naturwissenschaftlich objektivierbarer Zustand:

- Biologische Funktionen, die von der Norm abweichen
- Störungen des Körpers, die das Überleben gefährden
- Störungen des Körpers, die die Reproduktionsfähigkeit gefährden

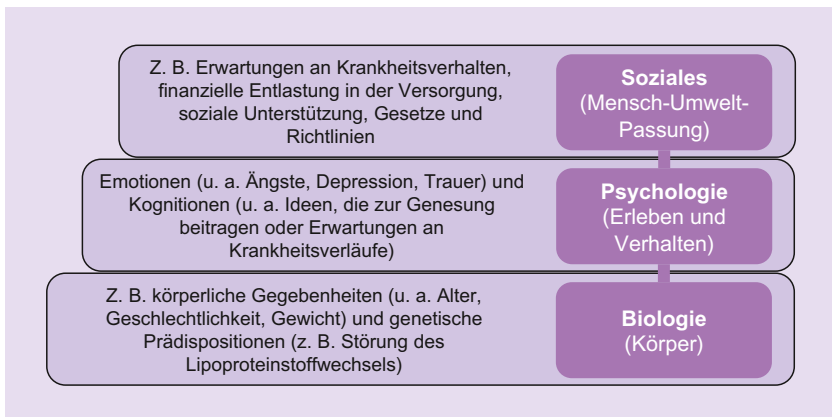
### **Ein biopsychosoziales Modell zur Beschreibung von Gesundheit und Krankheit**

Eine weitere Option der gegenseitigen Ergänzung beider Konzepte ist, wenn der Gedanke zugelassen wird, dass körperliche, psychische und soziale Faktoren Gesundheits- und auch Krankheitszustände beeinflussen können. Das biopsychosoziale Modell von Gesundheit und Krankheit nach Engel (1977) ist international anerkannt und basiert auf einem integrativen Ansatz, der Krankheit nicht ausschließlich körperlich, sondern als Störung der Interaktion von körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren versteht. Biologische, psychische und soziale Faktoren sind Teile eines sich gegenseitig beeinflussenden Systems, deren dynamische Wechselbeziehungen von kausaler Bedeutung für die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten gelten (Engel, 1977).

Die Beobachtung eines Zusammenspiels zwischen verschiedenen Faktoren (biologisch, psychologisch und sozial) hat mittlerweile Tradition. Befunde verschiedener Disziplinen zeigen die Untrennbarkeit

dieser Faktoren. Beispielsweise interagieren genetische Veranlagungen und alltägliche Verhaltensweisen bei der Entstehung von Krankheiten miteinander. Jemand kann etwa eine genetische Störung des Lipoproteinstoffwechsels haben und das hieraus resultierende Herz-Kreislauf-Risiko durch eine Ernährungstherapie und ausreichend Bewegung ein Stück weit reduzieren. Ein weiteres Beispiel ist nach Knoll und Kolleg\*innen (2017) das Immunsystem, welches von emotionalen Befindlichkeiten, wie Stress, beeinflusst werden kann. Zudem spielen z. B. der Zeitpunkt des Auftretens einer Problematik, die Chronizität und auch die Auswirkungen auf das Funktionieren im Alltag eine Rolle für subjektive Annahmen über die Belastungen, die eine Erkrankung mit sich bringt. Für eine gesunde Person ist es „normal“, gelegentlich eine Erkältung zu bekommen. Häufigeres oder längeres Auftreten einer Erkältung aber gilt als behandlungsbedürftig (Knoll et al., 2017).

Durch solche Betrachtungen hat sich – neben der biomedizinischen Sichtweise – die Idee durchgesetzt, dass Gesundheit und Krankheiten von einem Wechselspiel biologischer, psychischer und sozialer Faktoren verursacht werden. Heute wird davon ausgegangen, dass bei der Entstehung als auch im Verlauf von Krankheiten bzw. Genesungsprozessen diese drei Faktoren beteiligt sind (s. Abbildung 3).



**Abbildung 3:** Biopsychosoziales Modell (eigene Darstellung in Anlehnung an Engel, 1977)

Gesundheit und Krankheit werden im biopsychosozialen Modell – ähnlich wie bei der Salutogenese – als Endpunkte eines Kontinuums und nicht als sich gegenseitig ausschließend angesehen. Die Unterscheidung „gesund“ oder „krank“ wird damit nicht unabhängig vom subjektiven Befinden der betreffenden Person betrachtet oder von deren sozialen und moralischen Werten oder Wahrnehmungen. So gesehen können sich zwei Betroffene einer Hausstauballergie in unterschiedlichem Maß in ihrer Leistungsfähigkeit oder ihrem allgemeinen Wohlbefinden beeinträchtigt fühlen – und in der Folge das Versorgungssystem (z.B. Ärzt\*innen) in unterschiedlichem Maße in Anspruch nehmen. So richten sich Behandlungsentscheidungen von Ärzt\*innen u. a. auch nach dem subjektiven Ausmaß von Beschwerden der Patient\*innen. Das biopsychosoziale Modell basiert auf der Vorstellung, dass ein größerer Teil der Verantwortlichkeit für die Gesundheit bei den Personen selbst liegt und dass diese durch gesundes Verhalten Eigenverantwortlichkeit zeigen sollten (Knoll et al., 2017). Gesundheit wird als gelungene Anpassung an sozio-ökologische Lebensbedingungen verstanden, die eine Mehrebenendiagnostik und multimodale Therapieansätze ermöglicht wie auch die Arbeit in multiprofessionellen und interdisziplinären Teams.

### **Fazit**

Wissen um Gesundheit und Krankheit sind Gegenstand des Gesundheitswesens und damit insbesondere wichtig für Fachkräfte in Gesundheitsberufen und gesundheitsnahen Professionen. Es wurde hergeleitet, dass körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden das Ergebnis einer erfolgreich entwickelten Gesundheitskompetenz sein können. Im Rahmen gesundheitskompetenzfördernder Strategien wird mehr Kontrolle über die eigene Gesundheit forciert, um weniger gesundheitsbezogene Ohnmacht (mangelnde Ressourcen, fehlende Zugänge etc.) zu erleben. Der Aufbau einer Gesundheitskompetenz fußt einerseits auf der Ottawa-Charta der WHO (1986) und den hierauf aufbauenden Methoden sowie andererseits auf Modellen von Gesundheit und Krankheit

(→ Gesundheitsmodelle), wie z. B. der Salutogenese, Pathogenese oder dem biopsychosozialen Modell. Zu berücksichtigen sind – neben konkreten Methoden zur Gesundheitsförderung – die Entwicklung einer Macht-sensibilität bei Fachkräften, damit diese (gesundheitliche) Ungleichheiten bewusst reduzieren und nicht (ungewollt) verstärken. Zusammenfassend geht es also neben dem Aufbau von Gesundheit auch um eine Sensibilisierung von Fachkräften gegenüber Diversität in jeglichen Bereichen, um professionell und aus mehreren Blickwinkeln heraus Unterstützung zur Gesundheit leisten zu können.

## Literatur

- ANTONOVSKY, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- BUNDESÄRZTEKAMMER (2021). (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. Deutsches Ärzteblatt, 118(23), A1-A9. <https://www.bundesaerztekammer.de/recht/berufsrecht/muster-berufsordnung-aerzte/muster-berufsordnung/>
- DETTMERS, S. (2015). Qualifikationskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit – QGSA. Berlin: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. <https://dvsg.org/veroeffentlichungen/arbeitshilfen/qgsa/>
- DEUTSCHER BERUFSVERBAND FÜR SOZIALE ARBEIT (2014). Berufsethik des DBSH. Ethik und Werte. Zeitschrift Forum Sozial. Die Berufliche Soziale Arbeit, 4/2014, 3-43.
- ENGEL, G. L. (1977). The Need for a New Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 129-137. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- FALTERMAIER, T. (2017). *Gesundheitspsychologie* (2. Aufl.). Kohlhammer Verlag.
- FELDT, T., LESKINEN, E., KINNUNEN, U., & RUOPPILA, I. (2003). The Stability of Sense of Coherence: Comparing Two Age Groups in a 5-Year Follow-up Study. *Personality and Individual Differences*, 35, 1151-1165. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00325-2](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00325-2)
- FELDT, T., LESKINEN, E., KOSKENVUO, M., SUOMINEN, S., VAHTERA, J., & KIVIMÄKI, M. (2011). Development of Sense of Coherence in Adulthood: A Person-Centered Approach. *The Population-Based HeSSup Cohort Study*. *Quality of Life Research*, 20, 69-79. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9720-7>
- GEYER, S. (2020). Sozialwissenschaftliche Verfahren in den Gesundheitswissenschaften. In O. Razum & P. Kolip (Hg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (7. Aufl.) (S. 326-356). Weinheim: Beltz Juventa.
- HENDERSON, B. (2019). *Queer Studies. Beyond Binaries*. New York, NY: Harrington Park Press.
- IMBUSCH, P. (2016). Macht und Herrschaft. In H. Korte & B. Schäfers (Hg.), *Einführung in Hauptbegriffe der Soziologie* (9. Aufl.) (S. 195-220). Wiesbaden: Springer.
- KABA-SCHÖNSTEIN, L., & TROJAN, A. (2018, 15. Juni). Gesundheitsförderung 8: Bewertung und Perspektiven. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i054-1.0>
- KICKBUSCH, I., WAIT, S., & MAAG, D. (2005). *Navigating Health. The Role of Health Literacy*. London: Alliance for Health and the Future. <https://ilcuk.org.uk/navigating-health-the-role-of-health-literacy/>

- KNOLL, N., SCHOLZ, U., & RIECKMANN, N. (2017). Einführung Gesundheitspsychologie (4. Aufl.). München: UTB.
- LINDSTRÖM, B., & ERIKSSON, M. (2010). The Hitchhiker's Guide to Salutogenesis. Salutogenic Pathways to Health Promotion. Helsinki: Folkhälsan Research Centre.
- MEIER MAGISTRETTI, C., LINDSTRÖM, B., & ERIKSSON, M. (HG.) (2019). Salutogenese kennen und verstehen: Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung. Göttingen: Hogrefe.
- ORTMANN, K. (2020). Soziale Arbeit als Gesundheitsarbeit im Sozialwesen. In S. Dettmers & J. Bischkopf (Hg.), Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (2. Aufl.) (S. 239-244). München: Reinhardt.
- PETZOLD, T. D. (2013). Qualitätsentwicklung und -kriterien aus salutogenetischer Perspektive. Der Mensch. Zeitschrift für Salutogenese und anthropologische Medizin, 46, 28-31.
- RADEMAKER, A. L. (2016). Soziale Arbeit mit Gesundheitsbezug. Auf dem Weg zur Profilierung einer Fachdisziplin? Forum Sozialarbeit + Gesundheit, 4/2016, 35-38.
- RAZUM, O., & KOLIP, P. (2020). Gesundheitswissenschaften: eine Einführung. In O. Razum & P. Kolip (Hg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften (7. Aufl.) (S. 19-43). Weinheim: Beltz Juventa.
- SMITH, P. M., BRESLIN, F. C., & BEATON, D. E. (2003). Questioning the Stability of Sense of Coherence. The Impact of Socio-Economic Status and Working Conditions in the Canadian Population. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 38, 475-484. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0654-z>
- WELTGESUNDHEITSORGANISATION (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa. <https://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
- WIRTZ, M. A., KOHLMANN, C.-W., & SALEWSKI, C. (2018). Gesundheitsförderung und Prävention – die psychologische Perspektive. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hg.), Psychologie in der Gesundheitsförderung (S. 13-27). Bern: Hogrefe.

## **Autor\*in**

**Prof. Dr. Melanie Misamer** ist Professorin für Methoden und Konzepte Sozialer Arbeit in der Gesundheitsförderung am Gesundheitscampus Göttingen, Fakultät Ingenieurwissenschaften und Gesundheit der Hochschule für Angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim/Holzminden/Göttingen. Ihre Arbeits- und Interessenschwerpunkte liegen in verschiedenen Bereichen der Machtanwendung, z. B. in sozialen und Gesundheitsberufen.  
Kontakt: [mail@melaniemisamer.de](mailto:mail@melaniemisamer.de)



## 2. Grundkonzepte und Formen der Prävention

Die Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung sind nah beieinander, unterscheiden sich jedoch hinsichtlich des Fokus auf Gesundheit und Krankheit<sup>1</sup> (Kolip, 2020). Nach der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zielt die Gesundheitsförderung „auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO, 1986, S. 1). Im Blick stehen also Maßnahmen zur Genese und Gesunderhaltung sowie der Stärkung von Resilienz bzw. Widerstandsressourcen (u. a. Faltermaier, 2018; Walter, Patzelt & Nowik, 2021), ganz im Sinne der Salutogenese nach Antonovsky (→ [Salutogenese](#)). Mit dem aus dem sozialmedizinischen Bereich stammenden Konzept der Prävention wird Krankheit mit dessen Vorbeugung von Risikofaktoren und Vorsorge betrachtet (vgl. u. a. Franzkowiak, 2018; Schüz & Möller, 2006; Wirtz, Kohlmann & Salewski, 2018). Im folgenden Beitrag sollen auf Basis der Konzepte und Begriffe die Komplexität von Prävention dargestellt werden.

### Was ist Prävention?

Der Bereich der Prävention übergreift mehrere Disziplinen, wie u. a. Medizin, Pflegewissenschaften, Psychologie oder Soziale Arbeit,<sup>37</sup> und hat viele Überschneidungen mit anderen Konzepten, wie der Rehabilitation oder Pflege. Häufig sind diese nicht immer eindeutig und trennscharf voneinander abgegrenzt. Der Begriff Prävention bedeutet Zuvorkommen oder Verhüten. Mit präventiven Maßnahmen sollen krankheitsgefährdende Risikofaktoren bei einzelnen Personen, spezifischen Zielgruppen oder in der Gesamtbevölkerung minimiert werden, um die Verbreitung von Krankheiten vorsorglich zu verhindern.

---

<sup>1</sup> Da die Publikation die physische und somatische Gesundheit fokussiert wird hier der Begriff der „Krankheit“ genutzt, der in diesem Artikel auch psychische Störungen einschließt.

Während medizinische und therapeutische Behandlungen hauptsächlich auf die Heilung von Erkrankungen und die Beseitigung von Symptomen abzielen, geht es in der Pflege hauptsächlich um die Versorgung erkrankter Menschen, um Beeinträchtigungen und Komplikationen während des Gesundungsprozesses zu reduzieren (vgl. Wirtz et al., 2018). Etwas anders gestaltet es sich in der Palliativmedizin und -pflege, die Sterbeprozesse begleiten und auf Schmerzreduktion sowie ein hohes Wohlbefinden Sterbender abzielen. Mit Maßnahmen der Rehabilitation sollen Folgen von (insbesondere chronischen) Erkrankungen reduziert oder beseitigt werden. „In der Therapie, Rehabilitation und Pflege sind gesundheitsfördernde und [...] präventive Maßnahmen stets als begleitende Elemente mit zu berücksichtigen“ (Wirtz et al., 2018, S. 19).

Eine Intervention ist allgemein jede geplante Beeinflussung eines Systems, sei es ein politisches, gesellschaftliches System, eine Organisation, eine Familie oder ein einzelnes Individuum. In einem engeren Sinn kann die medizinische und therapeutische Intervention als ein Einschreiten gegen Krankheit sowie Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit bedeuten. Dabei unterscheiden sich Interventionen in Abhängigkeit ihrer Komplexität. „Eine Intervention ist komplex, wenn sie aus mehreren [sich wechselseitig bedingenden] Einzelkomponenten (Wirkelementen) besteht [...], die Intervention an unterschiedliche Zielgruppen oder Organisationsebenen [gerichtet ist], einen gewissen Freiraum an Individualisierung ermöglicht (z.B. kein Standardprogramm) und/oder wenn die Anzahl der Outcomeparameter hoch ist“ (Pfaff & Nellessen-Martens, 2020, S. 451-452). Es ist davon auszugehen, dass nahezu jede gesundheitsbezogene Intervention hoch komplex ist, da eine wirksame Maßnahme bei einer Person oder -gruppe bei einer anderen bereits gesundheitsschädlich sein kann.

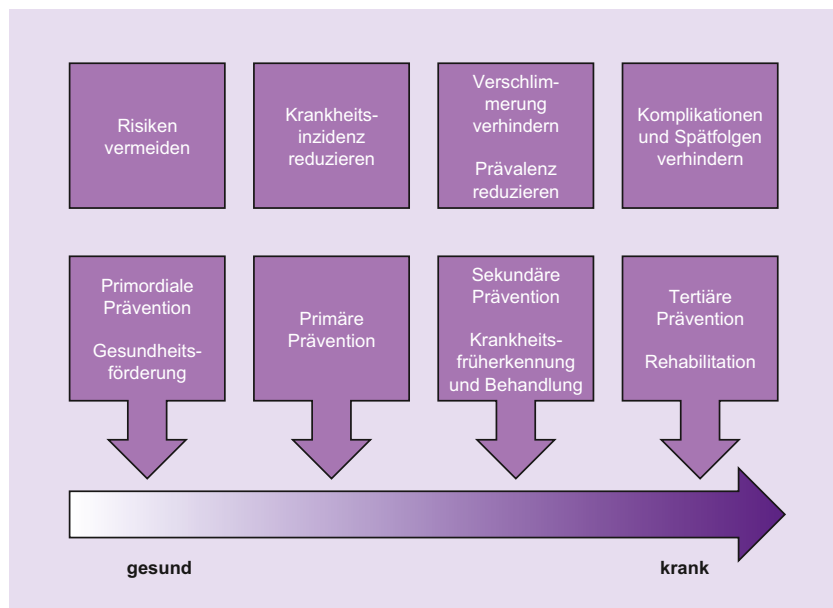
Die Abbildung 1 verweist auf das Kontinuum des Salutogenesege-dankens Antonovskys (vgl. Faltermeier, 2018 → [Salutogenese](#)) hin, wobei ein fließender Übergang zwischen dem Gesundheits- und Krankheits-pol postuliert wird. Darauf bezogen können gesundheitsförderliche

Maßnahmen oder die für dieses Kapitel relevanten Formen der Prävention auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum eingeordnet werden.

### Welche Formen der Prävention gibt es?

Es gibt unterschiedliche Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, die auch für gesundheitsbezogene Maßnahmen im queeren Kontext relevant sind. Diese Maßnahmen werden, wie folgt, nach Fokus unterschiedlich klassifiziert (u. a. Brinkmann, 2014; Kolip, 2020; Schüz & Möller, 2016; Wirtz et al., 2018; s. Abbildung 1).

- Interventionszeitpunkt: primäre, sekundäre und tertiäre Prävention
- Zielgruppe: universelle, selektive und indizierte Prävention
- Veränderungsfokus: Verhaltens- und Verhältnisprävention



**Abbildung 1:** Das Kontinuum von Gesundheit und Krankheit sowie Ansätze der Prävention

Mit Prävention wird häufig auf die primordiale bzw. primäre Prävention Bezug genommen. Die primordiale Prävention richtet sich an Personen, die gesund sind und keine Beschwerden sowie kein besonderes Risiko für Erkrankungen haben. Das Ziel der primordialen Prävention ist die Erhaltung der Gesundheit und entspricht somit weitestgehend dem Konzept der Gesundheitsförderung. Hierzu gehört u. a. die Förderung von körperlicher Aktivität, Zahnprophylaxe, die Bereitstellung von rüchenschonendem Mobiliar in Unternehmen sowie (unspezifische) Gesundheitsschutzgesetze. In der primären Prävention sollen Krankheitsinzidenzen, also die bevölkerungsweite Verbreitung von Krankheiten, vermieden werden, z. B. durch Impfungen. Die sekundäre Prävention setzt ein, wenn bereits eine Erkrankung oder Infektion vorliegt und eine Verschlimmerung oder Chronifizierung vermieden werden soll. Hierzu zählen Maßnahmen zur Frühdiagnostik beispielsweise bei Krebs. In der tertiären Prävention sollen Krankheitsrückfälle vermieden und Schädigungen einer Erkrankung reduziert werden. Beispiele hierfür sind zum einen die Einnahme von Medikamenten (antiretrovirale Therapie, ART) bei einer symptomatischen AIDS-Erkrankung, wodurch opportunistische Infektionen bekämpft und verhindert werden können (vgl. Hoffmann, 2020), oder zum anderen die Begleitung von Patient\*innen mit einer abstinenten Suchterkrankung. Die Rehabilitation ist ein Teil der tertiären Prävention (vgl. Schüz & Möller, 2006).

Bei der zielgruppenbezogenen Unterscheidung von Prävention werden drei Spezifizierungen vorgenommen: Die universelle Prävention richtet sich an die Gesamtbevölkerung, z. B. mit Gesetzen oder Plakat-Kampagnen. Gesunde Personen mit einem hohen Risiko für eine Erkrankung werden von der selektiven Prävention angesprochen. Hierzu gehört beispielsweise die HIV-Prävention bei schwulen Männern und anderen Männern, die Sex mit Männern haben (→ Empowerment). Die indizierte Prävention zielt auf Personen, die bereits erste Symptome und Krankheitsanzeichen entwickelt haben, u. a. auf Personen mit erhöhtem Blutdruck. Die Klassifikation nach Zielgruppen weist Parallelen zur Unterscheidung nach dem Interventionszeitpunkt auf, ist aber nicht identisch.

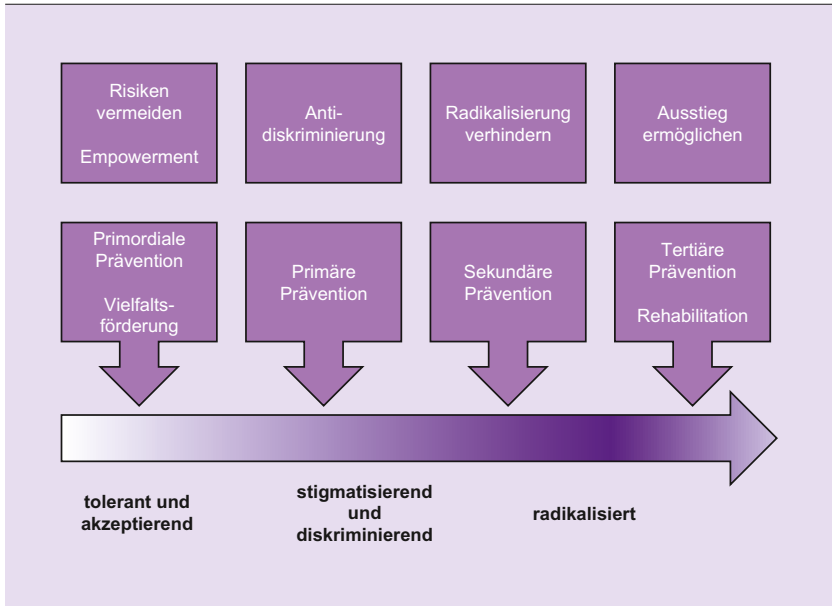
Die dritte Kategorisierung, also die Unterscheidung nach dem Fokus der Veränderung, kann auch separat als zweite Dimension zu den bisherigen Differenzierungen von Prävention angewendet werden. Zum ersten gibt es die Verhaltensprävention, die sich an das Erleben und Verhalten von Menschen richtet, so dass sie eigenständig gesundheitsförderlich leben. Hierzu gehören u. a. Ernährungsberatungen, Trainings zur Stärkung der Rückenmuskulatur, Informationen über Drogengebrauch oder Safer Sex. Zum anderen fokussiert die Verhältnisprävention die Umgebungsfaktoren, welche die Gesundheit von Menschen beeinträchtigen. Gesundheitsschutzgesetze, ein ergonomisch ausgerichteter Arbeitsplatz oder gendersensible Beratungskonzepte für Menschen mit Beeinträchtigungen sind Beispiele für die Verhältnisprävention.

### **Was hat sexuelle und geschlechtliche Vielfalt mit Prävention zu tun?**

Wie an anderen Stellen mehrfach dargestellt (u. a. Pöge et al., 2020; Zeeman et al., 2019 → [Band 1 Gesundheit](#)), ist die gesundheitliche Lage von queeren<sup>2</sup> Menschen schlechter als die von cis, endo oder heterosexuellen Personen, obwohl sie die gleichen Bedarfe in Bezug auf Krankheit und Gesundheit aufweisen, wie z. B. Impfen gegen Grippe oder Behandlungen bei Beinbrüchen. Gleichzeitig ergeben sich spezifische Herausforderungen für queere Menschen in der Gesundheitsversorgung. Es gibt besondere gesundheitsbezogene Bedarfe von trans\* Menschen im Prozess der Transition (→ [Band 1 Trans\\*](#)) oder Folgeprobleme nach geschlechternormierenden Operationen bei inter\* Kindern (→ [Band 1 Inter\\*](#) → [Band 1 Menschenbild](#)). Aber auch Diskriminierungserfahrungen sowie -erwartungen von queeren Menschen im Gesundheitswesen (→ [Band 1 Vorurteile](#)) können die Gesundheit sowie das gesundheitsbezogene Verhalten beeinträchtigen. So zeigte sich beispielsweise, dass queere Menschen

---

<sup>2</sup> Unter dem Begriff „queer“ werden hier alle Menschen gefasst, die von heteronormativen Vorstellungen zu sexueller Orientierung, romantischer Orientierung, Beziehungsgestaltung und Geschlechtlichkeit abweichen (vgl. Henderson, 2019).



Nach Beelmann, Lutterbach, Rickert und Sterba (2021) gibt es für die Entwicklung von extremistischen Einstellungen und Handlungen sowohl ontogenetische Entwicklungsprozesse als auch proximale Radikalisierungsprozesse. Die Entwicklungsprozesse sind dabei durch Risiko- und Schutzfaktoren bestimmt. Aufgabe der Vielfaltsförderung (analog zur Gesundheitsförderung) wäre es also, die Schutzfaktoren, z. B. Empathie, Perspektivübernahme, gute Schulleistungen oder Zukunftsperspektiven, zu stärken. Ergänzend kann die primordiale Prävention genutzt werden, um Risikofaktoren wie Intergruppenkonflikte, Armut oder soziale Ausschluss-erfahrungen zu reduzieren. Die primäre Prävention fokussiert die Antidiskriminierung, z. B. mit Gesetzen wie das Grundgesetz oder das Antidiskriminierungsgesetz, mit Programmen wie „Demokratie lebend!“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, o. J.) oder durch Aufklärungsprojekte wie SCHLAU (vgl. Kerski, 2018). Folgende Radikalisierungsprozesse, die für Extremismus bedeutsam sind, werden dabei von Beelmann und Kolleg\*innen (2021) beschrieben: Identitätsprobleme, Vorurteilsstrukturen, extremistische Ideologie und Dissozialität. Bei ersten Anzeichen bei einem dieser Phänomene müssen sekundärpräventive Maßnahmen ansetzen, um Radikalisierung zu verhindern. Je nach Ausgangslage unterscheiden sich die möglichen Maßnahmen (vgl. Beelmann et al., 2021). Die Rehabilitation hat das Ziel, die Radikalisierung einzelner Personen und vorhandene gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit zu beenden bzw. zu verringern. Radikalisierung und Extremismus können dementsprechend als nicht lebensüberdauernd, aber als schwer zu durchbrechen angesehen werden (vgl. Beelmann et al., 2021). Das Bundesamt für Verfassungsschutz (o. J.) bietet u. a. Aussteiger\*innenprogramme für Rechts- und Linksextremismus an. Darüber hinaus kann sowohl verhaltens- (z. B. Empathietrainings) und verhältnispräventiv (z. B. Antidiskriminierungsgesetze) gearbeitet

werden als auch eine Einbindung spezifischer Zielgruppen bis hin zur Gesamtbevölkerung erfolgen. Zusammenfassend zeigt sich also, dass gesundheitsbezogene, präventive Konzepte auf Antidiskriminierung übertragen werden können.

**Box 1:** Übertragung der gesundheitsbezogenen Präventionskonzepte auf Vielfaltsförderung, Antidiskriminierung und Radikalisierungsprävention

häufiger an Suchterkrankungen leiden (→ **Sucht**) oder seltener zur zahnärztlichen Vorsorge gehen (→ **Band 1 Zahnmedizin**), was sich u. a. auf den Minoritätenstress (Meyer, 2003) zurückführen lässt (→ **Minoritätenstress** → **Band 1 Gesundheit**). Es braucht deswegen neben Vielfaltsförderungs- und Antidiskriminierungsmaßnahmen (s. Box 1) auch die Berücksichtigung von sexueller und amouröser Orientierung sowie von Geschlechtlichkeit (→ **Band 1 Vielfalt**) in der Prävention und Gesundheitsförderung. Auf Seiten des Präventionspersonals oder der Behandler\*innen sollten Aufklärung, Sensibilisierung und der Abbau von Vorurteilen gefördert werden, wodurch präventive Barrieren für queere Menschen reduziert werden können.

## Literatur

BEELMANN, A., LUTTERBACH, S., RICKERT, M., & STERBA, L. S. (2021). Entwicklungsorientierte Radikalisierungsprävention: Was man tun kann und sollte. Wissenschaftliches Gutachten für den Landespräventionsrat Niedersachsen. Zentrum für Rechtsextremismusforschung, Demokratiebildung und gesellschaftliche Integration, Friedrich-Schiller-Universität Jena. <https://lpr.niedersachsen.de/html/download.cms?id=3381&datei=Gutachten-Landesprogramm+FDuM-2021-onlineversion.pdf>

BRINKMANN, R. (2014). Angewandte Gesundheitspsychologie. Hallbergmoos: Pearson.

BUNDESAMT FÜR VERFASSUNGSSCHUTZ (o. J.). Bürger und Betroffene. Abgerufen am 19.07.2021 von [https://www.verfassungsschutz.de/DE/service/buerger-und-betroffene/buerger-und-betroffene\\_node.html;jsessionid=41A37C2D3D1E5CDFE0A49AAC674F030C.intranet671](https://www.verfassungsschutz.de/DE/service/buerger-und-betroffene/buerger-und-betroffene_node.html;jsessionid=41A37C2D3D1E5CDFE0A49AAC674F030C.intranet671)

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (o. J.). Über „Demokratie leben!“. Abgerufen am 19.07.2021 von <https://www.demokratie-leben.de/das-programm/ueber-demokratie-leben>

FALTERMEIER, T. (2018). Salutogenese und Ressourcenorientierung. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (S. 85-97). Bern: Hogrefe.

FRANKOWIAK, P. (2018, 28. Juni). Prävention und Krankheitsprävention. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i091-2.0>

- 
- HENDERSON, B. (2019). *Queer Studies. Beyond Binaries*. New York, NY: Harrington Park Press.
- HOFFMANN, C. (2020). Opportunistische Infektionen (OI). In C. Hoffmann & J. K. Rockstroh (Hg.), *HIV 2020/2021* (S. 276-357). Hamburg: Medizin Fokus Verlag. <https://www.hivbuch.de/>
- KERSKI, N. (2018). SCHLAU – Bildungs- und Antidiskriminierungsarbeit zu sexueller Orientierung und geschlechtlicher Vielfalt. In A. Spahn & J. Wedl (Hg.), *Schule lehrt/lernt Vielfalt. Praxisorientiertes Basiswissen und Tipps für Homo-, Bi-, Trans- und Inter\*freundlichkeit in der Schule* (S. 220-221). Göttingen: Waldschlösschen Verlag.
- KOLIP, P. (2020). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung: Begründung, Konzepte und politischer Rahmen. In O. Razum & P. Kolip (Hg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (7. Aufl.) (S. 686-709). Weinheim: Beltz Juventa.
- MEYER, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- PFUFF, H., & NELLESSEN-MARTENS, G. (2020). Interventions- und Transferforschung. In O. Razum & P. Kolip (Hg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (7. Aufl.) (S. 448-464). Weinheim: Beltz Juventa.
- PÖGE, K., DENNERT, G., KOPPE, U., GÜLDENRING, A., MATTHIGACK, E. B., & ROMMEL, A. (2020). Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. *Journal of Health Monitoring*, 5(S1), 1-30. <https://doi.org/10.25646/6448>
- SCHÜZ, B., & MÖLLER, A. (2006). Prävention. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 143-155). Heidelberg: Springer.
- WALTER, U., PATZELT, C., & NOWIK, D. (2021, 08. Februar). Gesundheitsförderung und Prävention in der Rehabilitation. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i050-1.0>
- WELTGESUNDHEITSORGANISATION (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa. <https://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
- WIRTZ, M. A., KOHLMANN, C.-W., & SALEWSKI, C. (2018). Gesundheitsförderung und Prävention – die psychologische Perspektive. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (S. 13-27). Bern: Hogrefe.
- ZEEMAN, L., SHERRIFF, N., MCGLYNN, N., MIRANDOLA, M., GIOS, L., DAVIS, R., ET AL. (2019). A Review of Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex (LGBTI) Health and Healthcare Inequalities. *European Journal of Public Health*, 29, 974-980. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky226>

## Autor\*innen

**Marcel Hackbart** ist Diplom-Psychologe und Bildungsreferent bei der Akademie Waldschlösschen für das „Kompetenznetzwerk zum Abbau von Homosexuellen- und Trans\*feindlichkeit – Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Selbstbestimmung und Vielfalt!“, gefördert vom BMFSFJ im Rahmen des Bundesprogramms „Demokratie leben!“. Außerdem ist er Lehrbeauftragter und Doktorand am Institut für Pädagogische Psychologie der Technischen Universität Braunschweig.

Kontakt: [marcel.hackbart@waldschloesschen.org](mailto:marcel.hackbart@waldschloesschen.org) / [m.hackbart@tu-braunschweig.de](mailto:m.hackbart@tu-braunschweig.de)

**Victoria Zenß** ist Rehabilitationspsychologin (M. Sc.) und Personenzentrierte Beraterin (GwG). Sie arbeitet in dem Psychosozialen Zentrum des Netzwerkes für Traumatisierte Flüchtlinge Niedersachsen (NTFN e. V.) in Braunschweig und absolviert nebenberuflich ihre psychotherapeutische Ausbildung. Weiterhin arbeitet sie als Lehrbeauftragte am Institut für Pädagogische Psychologie der Technischen Universität Braunschweig.

Kontakt: [v.zenss@tu-braunschweig.de](mailto:v.zenss@tu-braunschweig.de)

### 3. Gesundheitsverhalten und -modelle

Neben der Planung, Durchführung und Evaluation präventiver sowie gesundheitsförderlicher Maßnahmen beschäftigt sich u. a. die Gesundheitspsychologie mit dem Phänomen des Gesundheitsverhaltens (Knoll, Scholz & Rieckmann, 2017). Was ist gesundheitsförderlich bzw. -gefährdend? Wodurch wird das gesundheitliche Verhalten beeinflusst? Wie können gesundheitsbezogene Verhaltensweisen verändert, umgesetzt sowie aufrechterhalten werden? Das gesundheitspsychologische Forschungsgebiet zielt also darauf ab, Gesundheitsverhalten mit dessen Bedingungsfaktoren zu erklären, um perspektivisch Maßnahmen für Verhaltensänderungen entwickeln zu können (Faltermaier, 2005; Knoll et al., 2017). Mit Einflussfaktoren sind u. a. Kognitionen (Gedanken), Einstellungen, Selbstwirksamkeitserwartungen oder Motivation gemeint, die dem gesundheitsförderlichen oder auch -gefährdenden Verhalten vor- bzw. nachgestellt sind. Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese in einem politischen und gesellschaftlichen System entstehen und durch dieses beeinflusst werden (→ *Salutogenese*). Bevor die Entstehung anhand ausgewählter Gesundheitsmodelle fokussiert wird, soll zunächst das Phänomen des Gesundheitsverhaltens konkretisiert werden.

#### **Gesundheitsverhalten**

In Anlehnung an die zahlreichen Theorien und Modelle, welche die Entstehung oder Veränderung von Gesundheitsverhalten postulieren, werden verschiedene Begriffsbestimmungen zu dem Phänomen vorgeschlagen (Rehn, 2019). Folgend werden beispielhaft vier Begriffsbestimmungen gelistet:

- Gesundheitsverhalten beinhaltet alle Reaktions- und Verhaltensweisen, die mit Gesundheit und Krankheit in Verbindung stehen (Koos, 1954, nach Brinkmann, 2014).

- Gesundheitsverhalten dient der Erhaltung oder Förderung von Gesundheit (Schwarzer, 2004, nach Brinkmann, 2014).
- „Gesundheitsverhaltensweisen sind Handlungen, für die nach dem derzeitigen Stand des Fachwissens erwartet wird, dass sie den Gesundheitszustand aufrechterhalten, ihn verbessern oder einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes entgegenwirken“ (Reuter & Schwarzer, 2009, S. 34).
- „Unter Gesundheitsverhalten versteht man ein Verhalten, ein Verhaltensmuster, eine Handlung oder eine Gewohnheit, die mit der Erhaltung, Wiederherstellung oder mit der Verbesserung von Gesundheit in einem Zusammenhang steht“ (Knoll et al., 2017, S. 26).

Eine Begriffsbestimmung gesundheitsbezogenen Verhaltens, die allgemein und umfassend ist, sollte nach Salewski und Opwis (2018, S. 35) alle „Verhaltensweisen einschließen, die

- nachgewiesen gesundheitsförderlich sind.
- nachgewiesen gesundheitsschädlich sind.
- je nach Ausgestaltung entweder gesundheitsförderlich oder -schädigend sein können.
- dazu dienen, Krankheit zu verhindern oder frühzeitig zu entdecken.
- nur im Fall einer chronischen oder akuten Krankheit gesundheitsrelevant sind.
- nur bei bestimmten Personengruppen gesundheitsrelevant sind.“

Zusammenfassend wird also angenommen, „dass durch Gesundheitsverhalten die Wahrscheinlichkeit erhöht [wird] [...], Krankheiten [zu vermeiden] [...] oder Gesundheit [zu erhalten]“ (Faltermaier, 2005, S. 172). Exemplarisch gehören zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen alle Maßnahmen, die Heilungsprozesse unterstützen, wie die

Befolgung ärztlicher Anordnungen, Safer Sex, Tragen von Mund-Nasen-Schutz, Zahnpflege oder regelmäßige Gesundheitskontrollen. Dabei wird auch zwischen dem habituellen, gewohnheitsmäßigen (z. B. tägliche Zahnpflege) und aktuellem Gesundheitsverhalten (z. B. kurzfristig Vorsorgetermin vereinbaren) unterschieden, die sich wiederum in Form kurzfristiger (z. B. Sonnencreme gegen Sonnenbrand) und/oder langfristiger (z. B. Sonnencreme gegen Hautkrebs) Effekte niederschlagen kann.

Aufgrund der Relevanz gesundheitsförderlichen Verhaltens kann die Frage aufgeworfen werden, wie die Entstehung verläuft und warum intra- bzw. auch interindividuell unterschiedliche Verhaltensweisen gezeigt werden (Lippke & Renneberg, 2006). Um die Komplexität der Entstehungsprozesse gesundheitsbezogener Verhaltensweisen zu verstehen, wurden verschiedene Theorien mit dazugehörigen Erklärungsmodellen entwickelt. Je nach Forschungsansatz werden in den Modellen verschiedene Aspekte betrachtet, die für das Gesundheitsverhalten relevant sind. Gründe für gesundheitsförderndes Denken kann vielseitig sein (gutes Aussehen, soziale Kontaktpflege, Freude an Bewegung etc.). Es werden zahlreiche Theorien und Modelle in Publikationen im Bereich Public Health erwähnt, die mehr oder weniger stark voneinander abgegrenzt werden können. Dabei wird zwischen den sogenannten Stadien- und Prädiktionsmodellen differenziert, die sich u. a. in ihren Annahmen zum Entstehungsprozess gesundheitlichen Handelns unterscheiden.

### **Stadien- und Prädiktionsmodelle**

Es gibt drei Klassen von Gesundheitsmodellen: (1.) kontinuierliche Prädiktionsmodelle, (2.) dynamische Stadienmodelle und (3.) Hybridmodelle, die die ersten beiden Annahmen miteinander verzahnen (Brinkmann, 2014; Heuse & Knoll, 2018; Knoll et al., 2017; s. Tabelle 1). Die kontinuierlichen Modelle beschreiben Zusammenhänge von Prädiktoren (Einflussfaktoren) mit gesundheitsbezogenen Verhalten. Dabei wird angenommen, dass die Zunahme der Ausprägung des Prä-

Kontinuierliche Prädiktionsmodelle	Dynamische Stadienmodelle
Linear: Verhalten setzt sich kontinuierlich fort	Prozesshaft: Verhalten setzt sich dynamisch stufenweise fort oder fällt zurück
Je stärker die Prädiktoren ausprägt sind, desto wahrscheinlicher ist eine Veränderung bzw. das Gesundheitsverhalten	Das Verhalten einer Person kann einer Stufe bzw. Phase zugeordnet werden, das sich vom Verhalten in anderen Stufen/Phasen unterscheidet
Fokussiert werden affektive und kognitive Faktoren, wie Einstellungen, Selbstwirksamkeitserwartungen, Überzeugungen etc.	Fokussiert werden Vorstufen zum Zielverhalten und Phasen der Verhaltensveränderung
Beispiele: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Theorie des geplanten Verhaltens</li> <li>– Prototype/Willingness-Modell</li> <li>– Health-Belief-Modell</li> <li>– Theorie der Schutzmotivation</li> <li>– Sozial-kognitive Theorie</li> </ul>	Beispiele: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Transtheoretisches Modell</li> <li>– Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns</li> <li>– Rückfallmodell</li> <li>– AIDS Risk Reduction Model</li> </ul>

**Tabelle 1:** Differenzierung zwischen Prädiktions- und Stadienmodellen

diktors linear, kontinuierlich bzw. gleichmäßig mit der Wahrscheinlichkeit für das Gesundheitsverhalten einhergeht. Beispielsweise kann angenommen werden, dass je nützlicher ein Kondom beim Sex zur Prävention von HIV empfunden wird, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass eins genutzt wird. Die dynamischen Stadienmodelle haben gemeinsam, dass sie gesundheitsbezogenes Verhalten als einen Prozess beschreiben, der sich in verschiedene Phasen einteilen lässt. Das transtheoretische Modell ist eines der verbreitetsten Stadienmodelle, auf das nach der sozial-kognitiven Theorie, dem Health-Belief-Modell und dem Prototype/Willingness-Modell im Folgenden näher eingegangen wird.

## **Ausgewählte Gesundheitsmodelle**

Selbstwirksamkeit: Sozial-kognitive Theorie

Die von Albert Bandura entwickelte sozial-kognitive Theorie (Bandura, 1977) wurde im Rahmen der kognitiven Wende in den 1960er Jahren zur Erklärung von Verhalten entwickelt (Lippke & Renneberg, 2006). Die Gesundheitspsychologie bedient sich dieser Lerntheorie, die allerdings nicht vorrangig zur Erklärung von Gesundheitsverhalten entwickelt wurde (Lippke & Wiedemann, 2007). In diesem Prädiktionsmodell wird davon ausgegangen, dass die (1.) individuelle Selbstwirksamkeitserwartung, (2.) Handlungsergebniserwartung und (3.) weitere sozial-kognitive Determinanten auf die Änderungsabsicht bzw. Intention Einfluss nehmen und damit auf die letztendliche Verhaltensänderung (Brinkmann, 2014; Finne & Gohres, 2020; Lippke & Renneberg, 2006). Allerdings muss angemerkt werden, dass zumeist die Intention beeinflusst wird, aber die Intention nicht immer umgesetzt wird, was bekannt ist als „Intentions-Verhaltens-Lücke“ (u. a. Sheeran & Webb, 2016).

Eine direkte und wichtige Voraussetzung für die eigenständige Änderung des Lebens stellt eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung dar. Unter der Selbstwirksamkeitserwartung ist die eigene Überzeugung bzw. Erwartung zu verstehen, ein Verhalten (trotz Widerstände) erfolgreich ausführen zu können, das notwendig ist, um ein gewünschtes Ziel zu erreichen (Bandura, 1977). Quellen der Selbstwirksamkeitserwartung können eigene und/oder stellvertretende Erfolgserfahrungen, verbale Verstärkung von außen oder physische und affektive (emotionale) Zustände sein (vgl. Brinkmann, 2014; Finne & Gohres, 2020). Für das sozial-kognitive Modell stellt weiterhin die Ergebniserwartung einen wichtigen Baustein zur Intentionsbildung dar, die entweder positiv oder negativ bewertet werden kann. Die Ergebniserwartung kann drei Komponenten haben: (1.) physisch (z. B. Wohlbefinden), (2.) sozial (z. B. Einstellungen von Freund\*innen) und (3.) selbstevaluativ (z. B. Stolz).

Weiterführend werden soziokulturelle (z.B. Gesetze und Richtlinien), behindernde (z.B. diskriminierende Erfahrungen) und unterstützende Variablen (z.B. soziale Unterstützung) als bedeutende Umgebungsvariablen für die Intentionenbildung betrachtet (vgl. Brinkmann, 2014; Finne & Gohres, 2020). Bei der Zielsetzung erfolgt eine Unterscheidung in kurzfristige („Ich nehme mir vor, am Freitagabend nur ein Glas Wein auf der Party zu trinken“) sowie langfristige Ziele („In Zukunft möchte ich weniger Alkohol konsumieren“). Beide Arten von Zielsetzungen wirken sich auf das Verhalten aus. Im Rahmen der sozial-kognitiven Theorie wird deutlich, dass die Entstehung bzw. Veränderung gesundheitsförderlichen Verhaltens ein Resultat aus vornehmlich unterstützenden Prädiktoren darstellt. Je höher die wahrgenommene Unterstützung oder je positiver die Ergebniserwartung ist, desto eher wird überhaupt eine Intention bzw. Handlungsabsicht entwickelt.

In Bezug auf sexuelle und geschlechtliche Vielfalt müssen queere Menschen Selbstwirksamkeitserwartungen im Umgang mit ihrer Gesundheit aufbauen (so wie heterosexuelle, endo, cis Menschen auch) sowie gleichzeitig im Umgang mit ihrer Geschlechtlichkeit und/oder sexuellen Orientierung im Gesundheitswesen, um keine Fehlbehandlungen zu erhalten (z.B. bei der Einnahme von zusätzlichen Hormonen). So wird ein Coming-Out, z.B. im Bereich der Gynäkologie zwar als sinnvoll erlebt und die meisten queeren Frauen outen sich, jedoch nicht in jedem Fall (→ [Gynäkologie](#)). Außerdem können positiv zu bewertende Ergebniserwartungen dadurch entstehen, dass queere Menschen diskriminierungssensible Interaktionen mit Gesundheitsfachkräften erleben (→ [Band 1 Beziehung](#)).

Kosten-Nutzen-Rechnungen: Das Health-Belief-Modell

Das Health-Belief-Modell (Modell der Gesundheitsüberzeugungen) als kontinuierliches Prädiktionsmodell nimmt an, dass die Ausprägung von vermuteten Einflussfaktoren das Gesundheitsverhalten vorhersagen kann (Brinkmann, 2014; Rehn, 2019). Dabei stellen (1.) die Kosten-

Nutzen-Rechnung sowie (2.) die eigene Vulnerabilitätseinschätzung für Erkrankungen die Ausgangspunkte des Modells dar. Je höher die individuelle Bedrohung, eine Krankheit zu entwickeln, wahrgenommen wird, desto wahrscheinlicher ist es, dass gesundheitsförderliche bzw. präventive Verhaltensweisen gezeigt werden. Damit einhergehend wird allerdings auch eingeschätzt, welche „Kosten“ (finanziell, emotional, Aufwand etc.) bzw. welchen „Nutzen“ (für die Gesundheit) ein verändertes Verhalten hätte. Neben der Krankheitsbedrohung erfolgt also ein Abwägen, welche Kosten für die Umstellung auf gesundheitsförderliches Verhalten im Vergleich zu dem letztendlichen Nutzen stehen. Dementsprechend nimmt das Health-Belief-Modell an, dass je höher der Nutzen präventiver Maßnahme sowie die Bedrohungswahrnehmung und je geringer die Kosten bzw. der Aufwand sind, desto wahrscheinlicher ist es, dass ein bestimmtes Gesundheitsverhalten gezeigt wird.

Es ist wichtig hervorzuheben, dass sich die Kosten und der Nutzen rein subjektiv für die jeweilige Person und Situation ergeben. Demzufolge können ungleich verteilte Kosten durch sozialen Status, Herkunft, sexuelle Orientierung, Geschlechtlichkeit, Identitäts- oder religiöse Zugehörigkeit dazu führen, dass gewisse Gesundheitsverhaltensweisen laut dem Health-Belief-Modell nicht gezeigt werden, weil sie den wahrgenommenen Nutzen übersteigen können. Insbesondere queere Menschen sind aufgrund des Minoritätenstatus von ungleich höheren Kosten betroffen, da sie u. a. Diskriminierung im Gesundheitswesen erfahren (vgl. Pöge et al., 2020). Queere Menschen befürchten häufig negative Interaktionserfahrungen im Gesundheitskontext (→ [Band 1 Gesundheit](#)), weswegen der Nutzen einer Behandlung oder einer präventiven Intervention für queere Menschen häufig nur dann die Kosten übersteigt, wenn die wahrgenommene Bedrohung hoch ist (z. B. Zahnbehandlungen → [Band 1 Zahnmedizin](#)). In anderen Worten: Viele queere Menschen, die Diskriminierung befürchten, nutzen nur dann Gesundheitsangebote, wenn es nicht mehr anders geht. Deswegen müssen Gesundheitsfachkräfte für eine vielfaltssensible Arbeit geschult werden,

um nicht (bewusst oder unbewusst) zu diskriminieren. Es kann argumentiert werden, dass ein sichtbares Diversity Management (→ [Diversity Management](#)) von Gesundheitseinrichtungen, das nicht ausschließlich für das Personal im Gesundheitssystem, sondern auch für Klient\*innen bzw. Patient\*innen installiert wird, die wahrgenommenen Kosten eines Besuchs für queere Menschen reduziert.

#### Prototype/Willingness-Modell

Das Prototype/Willingness-Modell (Gibbons, Gerrard, Blanton & Russell, 1998; Gibbons, Gerrard, Stock & Finneran, 2015; vgl. Heuse & Knoll, 2018) basiert darauf, dass nicht jedes Risiko- bzw. Gesundheitsverhalten bewusst entschieden wird, sondern auch spontan auftreten kann. Gesundheitsbezogenes Verhalten wird im Modell einerseits durch Intentionen vorhergesagt, andererseits durch die Bereitschaft (*willingness*). Diese beiden Prädiktoren wiederum werden durch die Einstellungen zum Verhalten, die subjektiven Normen (vermutete Einstellungen anderer) und Prototypen beeinflusst. Ein Prototyp ist das Bild einer Person, die für eine Gruppe als repräsentativ bzw. typisch angenommen wird (Werth, Denzler & Mayer, 2020) und beschreibt hier eine typische Person, die ein bestimmtes Gesundheits- oder Risikoverhalten nachgeht. Je positiver (1.) die eigenen Einstellungen und (2.) die angenommenen Einstellungen von anderen Personen (subjektive Normen) hinsichtlich eines gesundheitsbezogenen Verhaltens sind sowie (3.) je positiver ein Prototyp bewertet wird, desto höher ist die Intention und die Bereitschaft und folglich wird dieses Verhalten mit höherer Wahrscheinlichkeit gezeigt. Dies gilt sowohl für gesundheitsförderndes als auch -gefährdendes Verhalten und lässt sich am Beispiel von Substanzgebrauch (Graf, 2020 → [Sucht](#)) illustrieren: Stellen Sie sich eine Gruppe von schwulen Männern auf einer Party vor, in der eine Person erst seit Kurzem geoutet und nun im neuen schwulen Freundeskreis ist. Die anderen der Gruppe nehmen plötzlich Drogen ein. Die (langfristige) Intention der neuen Person in der Gruppe, keine Drogen zu nehmen, kann hier innerhalb der Situation in den Hinter-

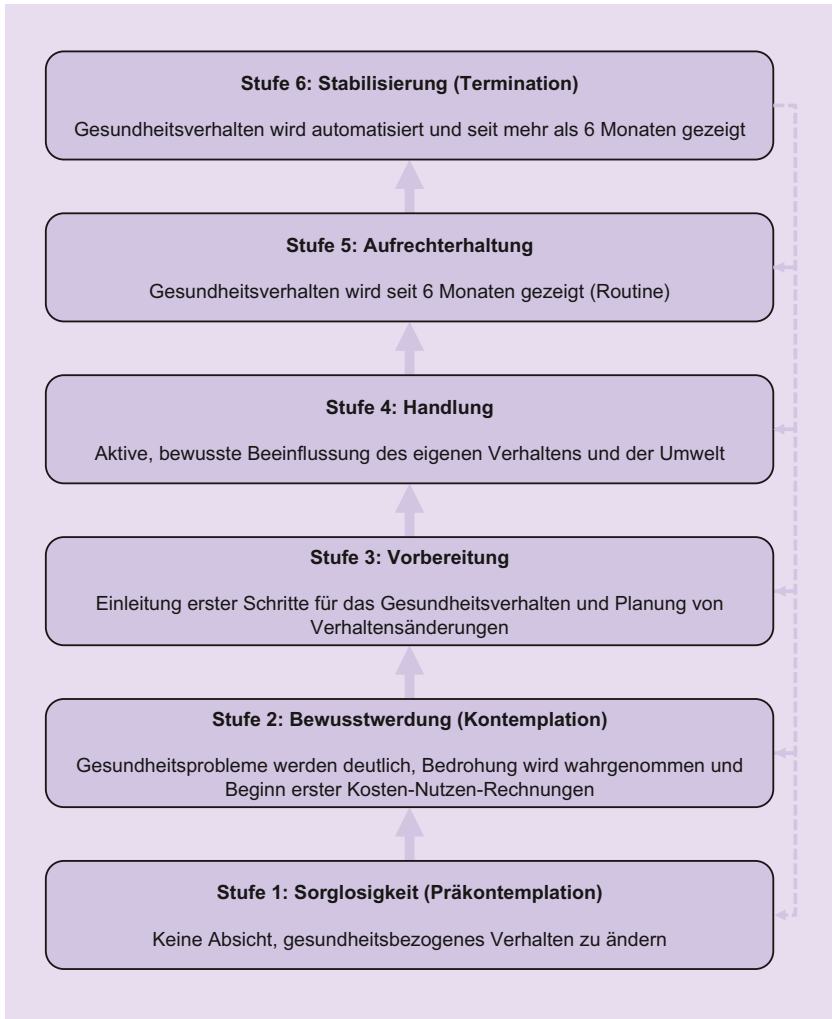
grund rücken, wenn die anderen der Gruppe positiv (cool, lustig, nett etc.) wahrgenommen werden (als Prototypen). Der Wunsch nach Zugehörigkeit und so sein zu wollen wie die anderen kann dann dazu führen, dass die ursprüngliche Intention, keine Drogen zu nehmen, untergraben wird (vgl. Heuse & Knoll, 2018). Folglich muss in der Gesundheitsförderung und Prävention verhältnispräventiv nicht nur das Gesundheitswesen aktiv werden, in dem es Diskriminierung abbaut, sondern auch Akteur\*innen an Orten, wo queere Menschen, die Risikoverhalten zeigen könnten, zusammenkommen. Eine Sensibilität für u. a. Substanzmissbrauch, Essstörungen, autoaggressives Verhalten (Selbstverletzung) und sexuelles Risikoverhalten ist angezeigt.

#### Transtheoretisches Modell

Das transtheoretische Modell als bedeutendstes Stadienmodell beschreibt die Entwicklung von Gesundheitsverhalten als Prozess, der einer Stufenfolge und zugleich einer dynamischen Annahme von Veränderung unterliegt (Bengel & Jerusalem, 2009; Knoll et al., 2017). Dazu werden sechs Stadien angenommen, die sich aufeinander aufbauend entwickeln, wobei jederzeit ein Rückfall bzw. eine Rückkehr zur vorherigen Stufe möglich ist (s. Abbildung 1). Die Grundidee des Modells ist, dass ein Praktizieren gesundheitsförderlichen Verhaltens bedeutet, sich lebenslang mit Situationen erfolgreich auseinanderzusetzen, die einen Rückfall darstellen könnten. Demnach ist jederzeit ein Rückfall als natürlicher Prozess, wie im Modell der Salutogenese von Antonovsky (1997 → [Salutogenese](#)) dargestellt, zu erwarten.

Die erste Stufe der Sorglosigkeit meint, dass keine Problemwahrnehmung für aktuell gesundheitsgefährdendes Verhalten vorliegt. Daran anknüpfend schließt sich die zweite Stufe – die Bewusstwerdung – an. Im Vergleich zu dem vorherigen Stadium wird ein Gesundheitsproblem deutlich, die Bedrohungswahrnehmung oder die Kosten-Nutzen-Rechnung beginnt. Nach dem Abwägen werden in der dritten Phase der Vorbereitung eine Entscheidung zur Verhaltensänderung getroffen sowie erste Schritte in Richtung Veränderung geplant. In der

vierten Stufe der Handlung werden Erleben und Verhalten aktiv beeinflusst, um das eigene Verhalten oder das Umfeld hinsichtlich des Handlungsziels umzustrukturieren. Wenn das erwünschte Verhalten über sechs Monate hinaus beibehalten und zur Routine geworden ist,



**Abbildung 1:** Transtheoretisches Modell

befindet sich diese Person in der Phase der Aufrechterhaltung. Je nach Literatur wird noch das Stadium der Stabilisierung vorgeschlagen, das die automatische bzw. gewohnheitsmäßige Ausführung des Zielverhaltens annimmt. Ausschlaggebend für die Stabilisierung ist, dass die Rückfallprophylaxe nicht mehr (wie in den vorherigen Stufen) fokussiert werden muss.

Für die Praxis kann das Modell äquivalent für präventive Interventionen eingesetzt werden. Damit einhergehend betrachtet dieses Modell eine Verhaltensänderung individuell mit dessen Lebensumständen, finanziellen Möglichkeiten, Diskriminierungserfahrungen usw. Wenn sich beispielsweise eine queere Person in der Sorglosigkeitsstufe bezüglich der Prävention vor sexuell übertragbaren Infektionen befindet, kann eine Sensibilität der Person mit der Vergabe von Informationsmaterial oder durch die Anbindung an Communities hergestellt werden (→ Empowerment). Aber auch das Erkennen der personenbezogenen Lebenswelt durch Gesundheitsfachkräfte, um Möglichkeiten zur Veränderung zu verstehen, sind für den Schritt in die nächste Stufe maßgeblich. In der Handlungsphase sind Gruppenangebote zum Austausch über Erfahrungen, motivationsfördernde Einzelgespräche oder der Einbezug von nahestehenden Personen eher zielführend.

## **Fazit**

Gesundheitsverhalten beschreibt alle Verhaltensweisen, die zur Förderung der Gesundheit sowie zur Vermeidung, Reduzierung oder Heilung von Krankheit führen (→ Prävention → Salutogenese). Verschiedene Modelle beschreiben Bedingungen für gesundheitsbezogenes Verhalten, die für die Prävention hilfreiche Werkzeuge sein können, um Interventionen abzuleiten und zu begründen. Auch für Menschen aus einer Minoritätengruppe, wie z. B. queere Menschen, können diese Modelle hilfreich sein, um spezifisches Gesundheits- und Risikoverhalten zu erklären. Wichtig ist jedoch, dass gesundheitliche Probleme – sowohl psychische als auch physische/somatische – nicht ursächlich in der sexuellen Orientierung und/oder Geschlechtlichkeit liegen (seltene Zu-

sammenhänge bei z. B. einer Salzverlustkrise bei inter\* Menschen mit sog. Androgenitalem Syndrom → [Band 1 Menschbild](#)). Vielmehr ergeben sich im Vergleich zu heterosexuellen, endo, cis Menschen bei queeren Menschen mehr gesundheitsbezogene Probleme aufgrund von Stigmatisierung und Diskriminierung (→ [Band 1 Gesundheit](#) → [Band 1 Vorurteile](#)), die kombiniert mit der aufwendiger zu erarbeitenden Identität (Watzlawik, 2020 → [Band 1 Vielfalt](#)) zu mehr Minoritätenstress führt (Meyer, 2003 → [Minoritätenstress](#)).

## Literatur

- ANTONOVSKY, A. (1997). Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verlag.
- BANDURA, A. (1977). Social Learning Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- BENGEL, J., & JERUSALEM, M. (HG.) (2009). Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe.
- BRINKMANN, R. (2014). Angewandte Gesundheitspsychologie. Hallbergmoos: Pearson.
- FALTERMAIER, T. (2005). Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.
- FINNE, E., & GOHRES, H. (2020). Psychologische Ansätze in den Gesundheitswissenschaften. In O. Razum & P. Kolip (Hg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften (7. Aufl.) (S. 141-169). Weinheim: Beltz Juventa.
- GIBBONS, F. X., GERRARD, M., BLANTON, H., & RUSSELL, D. W. (1998). Reasoned Action and Social Reaction: Willingness and Intention as Independent Predictors of Health Risk. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1164-1180. <https://www.doi.org/10.1037/0022-3514.74.5.1164>
- GIBBONS, F. Y., GERRARD, M., STOCK, M. L., & FINNERAN, S. D. (2015). The Prototype/Willingness Model. In M. Connor & P. Norman (Hg.), Predicting and Changing Health Behaviour. Research and Practice with Social Cognition Models (3. Aufl.) (S. 189-224). Berkshire: Open University Press.
- GRAF, N. (2020). Substanzkonsum unter LSBT\*: Zwischen erhöhter Prävalenz und Defizitorientierung. In S. Timmermanns & M. Böhm (Hg.), Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Interdisziplinäre Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis (S. 274-290). Weinheim: Beltz Juventa.
- HEUSE, S., & KNOLL, N. (2018). Modelle des Gesundheitsverhaltens. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hg.), Psychologie in der Gesundheitsförderung (S. 243-255). Bern: Hogrefe
- KNOLL, N., SCHOLZ, U., & RIECKMANN, N. (2017). Einführung Gesundheitspsychologie (4. Aufl.). München: UTB.
- LIPPKE, S., & RENNEBERG, B. (2006). Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hg.), Gesundheitspsychologie (S. 35-60). Heidelberg: Springer.
- LIPPKE, S., & WIEDEMANN, A. (2007). Sozial-kognitive Theorien und Modelle zur Beschreibung und Veränderung von Sport und körperlicher Bewegung – ein Überblick. *Zeitschrift für Sportpsychologie*, 14(4), 139-148. <https://doi.org/10.1026/1612-5010.14.4.139>

MEYER, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>

PÖGE, K., DENNERT, G., KOPPE, U., GÜLDENRING, A., MATTHIGACK, E. B., & ROMMEL, A. (2020). Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. *Journal of Health Monitoring*, 5(S1), 1-30. <https://doi.org/10.25646/6448>

REHN, J. (2019). Medizinische und gesundheitspsychologische Theoriemodelle. In J. Rehn (Hg.), *Gesunde Gestaltung. Priming- und Placebo-Effekte als gesundheitsverhaltenswirksame empiriegestützte Gestaltungsmethodik* (S. 45-100). Wiesbaden: Springer.

REUTER, T., & SCHWARZER, R. (2009). Verhalten und Gesundheit. In J. Bengel & M. Jerusalem (Hg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (S. 34-45). Göttingen: Hogrefe.

SALEWSKI, C., & OPWIS, M. (2018). Gesundheitsbezogenes Verhalten. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (S. 31-43). Bern: Hogrefe.

SHEERAN, P., & WEBB, T. L. (2016). The Intention-Behavior Gap. *Social and Personality Psychology Compass*, 10, 503-518. <https://doi.org/10.1111/spc3.12265>

WATZLAWIK, M. (2020). Sexuelle Orientierungen und Geschlechtsidentitäten: Thinking outside the box(es)? Überlegungen aus entwicklungspsychologischer Perspektive. In S. Timmermanns & M. Böhm (Hg.), *Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Interdisziplinäre Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis* (S. 22-39). Weinheim: Beltz Juventa.

WERTH, L., DENZLER, M., & MAYER, J. (2020). *Sozialpsychologie – Das Individuum im sozialen Kontext. Wahrnehmen – Denken – Fühlen* (2. Aufl.). Berlin: Springer.

## Autor\*innen

**Victoria Zenß** ist Rehabilitationspsychologin (M. Sc.) und Personenzentrierte Beraterin (GwG). Sie arbeitet in dem Psychosozialen Zentrum des Netzwerkes für Traumatisierte Flüchtlinge Niedersachsen (NTFN e. V.) in Braunschweig und absolviert nebenberuflich ihre psychotherapeutische Ausbildung. Weiterhin arbeitet sie als Lehrbeauftragte am Institut für Pädagogische Psychologie der Technischen Universität Braunschweig.  
Kontakt: [v.zenss@tu-braunschweig.de](mailto:v.zenss@tu-braunschweig.de)

**Marcel Hackbart** ist Diplom-Psychologe und Bildungsreferent bei der Akademie Waldschlösschen für das „Kompetenznetzwerk zum Abbau von Homosexuellen- und Trans\*feindlichkeit – Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Selbstbestimmung und Vielfalt!“, gefördert vom BMFSFJ im Rahmen des Bundesprogramms „Demokratie leben!“. Außerdem ist er Lehrbeauftragter und Doktorand am Institut für Pädagogische Psychologie der Technischen Universität Braunschweig.

Kontakt: [marcel.hackbart@waldschloesschen.org](mailto:marcel.hackbart@waldschloesschen.org) / [m.hackbart@tu-braunschweig.de](mailto:m.hackbart@tu-braunschweig.de)



#### **4. Minoritätenstress als besondere Herausforderung für die Gesundheit queerer Personen**

Im Allgemeinen werden bei queeren<sup>1</sup> Personen häufiger bestimmte psychische Probleme festgestellt als bei endo, cis Personen mit heterosexueller Orientierung (Auer et al., 2013; Butler et al., 2019; Rothblum, 2020). In Studien wurde gezeigt, dass queere Personen häufiger an Depression, Angststörung oder Panikstörung erkranken als endo, cis und heterosexuelle Personen (Cochran, Sullivan & Mays, 2003; Cohen, Blasey, Taylor, Weiss & Newman, 2016; Rutherford et al., 2021; Zeeman & Aranda, 2020; Zeeman et al., 2019). Dies zeigt sich auch an höheren Raten von selbstverletzendem Verhalten und Selbstmordversuchen bei queeren im Vergleich zu heterosexuellen, endo, cis Personen (Guz et al., 2021). Des Weiteren leiden queere Personen häufiger an niedrigem Selbstwertgefühl, negativem Körperbild und Essstörungen (Amos, Manalastas, White, Bos & Patalay, 2020; Calzo, Blashill, Brown & Argenal, 2017). Bei queeren Personen wird außerdem häufiger gesundheitsbezogenes Risikoverhalten, wie z.B. Alkohol- und Drogenmissbrauch oder riskantes Sexualverhalten, beobachtet als bei endo, cis und heterosexuelle Personen (Dyar, Sarno, Newcomb & Whitton, 2020; Everett, Schnarrs, Rosario, Garofalo & Mustanski, 2014; Hughes, Veldhuis, Drabble & Wilsnack, 2020; Poteat, Russell & Dewaele, 2019; Schuler & Collins, 2020 → Sucht). Das häufigere riskante Sexualverhalten spiegelt sich in der höheren Prävalenz sexuell übertragbarer Infektionen und Erkrankungen bei queeren Personen wider (Bremer, Dudareva-Vizule, Buder, an der Heiden & Jansen, 2017; Operario et al., 2015). Es werden auch somatische Erkrankungen, so wie Krebserkrankungen, Asthma,

---

<sup>1</sup> Unter dem Begriff „queer“ werden hier alle Menschen gefasst, die von heteronormativen Vorstellungen zu sexueller Orientierung, romantischer Orientierung, Beziehungsgestaltung und Geschlechtlichkeit abweichen (vgl. Henderson, 2019). Zumeist wird in den zitierten Studien Inter\* nicht betrachtet.

Diabetes oder kardiovaskuläre Erkrankungen, häufiger bei queeren als bei heterosexuellen, endo, cis Personen festgestellt (Flentje, Heck, Brennan & Meyer, 2020; Lick, Durso & Johnson, 2013 → [Band 1 Gesundheit](#)).

Es ist trotz der berichteten Unterschiede in der Häufigkeit von Erkrankungen essenziell, jegliches Gleichsetzen von Krankheit mit nichtheterosexueller Orientierung oder mit Geschlechtlichkeit jenseits des binären Geschlechtermodells zu vermeiden. Es ist wichtig, jegliche Pathologisierung (d. h. Gleichsetzung mit Krankheit → [Salutogenese](#)) nicht-heteronormativer Identitäten und Lebensweisen zu unterlassen (Mahler, Mundle & Plöderl, 2018). Stattdessen ist es notwendig, die gesellschaftlichen und sozialen Bedingungen zu erkennen (→ [Band 1 Intersektionalität](#)) und zu verstehen, die die gefundenen Unterschiede in der Krankheitshäufigkeit erklären können (Meyer, Pachankis & Klein, 2021). Im Folgenden wird erklärt, wie gesellschaftliche und soziale Bedingungen häufigeres Aufkommen von psychischen Störungen und somatischen Krankheiten bei queeren Personen verursachen können. Schließlich werden Vorschläge zur Prävention und Intervention benannt.

### **Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell**

Ein Modell, das die Ursachen für den Ausbruch einer bestimmten psychischen Störung erklärt, ist das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Meehl, 1962; Zuckerman, 1999). Dieses Modell benennt zwei wesentliche Ursachen einer psychischen Erkrankung (Zuckerman, 1999; s. Abbildung 1):

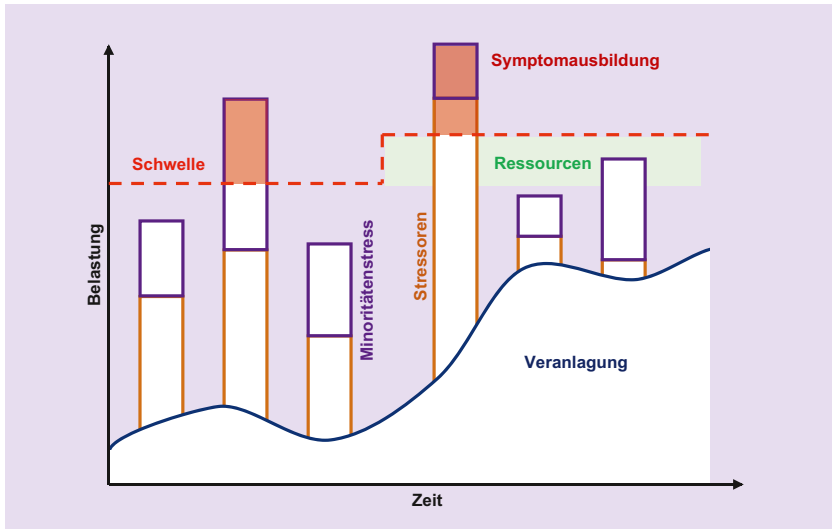
1. Die Veranlagung bzw. biologischen Merkmale einer Person
2. Die erlebten Umwelteinflüsse

Diese zwei Komponenten können nicht in Isolation betrachtet werden (biopsychosoziales Modell → [Salutogenese](#)). Eine Veranlagung begünstigt nur durch bestimmte Umwelteinflüsse das Entstehen einer psychischer Erkrankung (Zuckerman, 1999).

Als Veranlagung wird in diesem Model die Variation im Erbmaterial genannt und der daraus resultierende unterschiedliche Aufbau biologischer Komponenten (wie z. B. unterschiedliche Varianten eines bestimmten Oberflächenrezeptors; Otte et al., 2016). Der zentrale Umwelteinfluss im Model ist Stress. Menschen unterscheiden sich durch ihre Veranlagung, wie sie Stress verarbeiten. Sie unterscheiden sich aber auch darin, wie oft und welche Umwelteinflüsse sie erleben, die Stress auslösen. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell erklärt, wie das Wechselspiel zwischen Veranlagung und Umwelteinflüssen psychische Störungen verursachen kann (Meehl, 1962; Zuckerman, 1999).

Stress kann als Einfluss auf eine Person verstanden werden, der einerseits von der Person den Einsatz von Ressourcen erfordert und/oder andererseits Ressourcen fordert, die von der Person nicht aufgebracht werden können (Lazarus, 1990). Wie stark das Erleben von Stress Einfluss auf die Person hat und dadurch Auswirkung auf die Gesundheit, hängt von der primären und der sekundären Beurteilung ab (Lazarus & Folkman, 1984). Bei der sogenannten primären Beurteilung bewertet eine Person, wie relevant oder bedrohlich ein bestimmter Umwelteinfluss ist. Bei der sekundären Beurteilung schätzt die Person ab, ob sie die benötigten Ressourcen besitzt, mit dem Umwelteinfluss zurecht zu kommen. Dabei wägt die Person ab, welche Copingstrategien, d.h. Bewältigungsstrategien, sie besitzt, um eine bestimmte Situation zu meistern bzw. erfolgreich zu überstehen (Lazarus & Folkman, 1984). Laut des Vulnerabilitäts-Stress-Modells (Lazarus & Folkman, 1984; Zuckerman, 1999) besteht dann ein Risiko für die Gesundheit,

- wenn der Körper mit einer hohen physiologischen Reaktion auf Stress reagiert (Veranlagung),
- wenn Stress häufig bzw. viele Ressourcen von der Person fordert (Umwelteinflüsse bzw. Stressoren),
- wenn die Person den Umwelteinfluss als relevant oder bedrohlich wahrnimmt (primäre Beurteilung) und
- nicht weiß, wie sie mit der Situation umgehen soll (sekundäre Beurteilung und Copingstrategien).



**Abbildung 1:** Vulnerabilitäts-Stress-Modell unter Berücksichtigung von Minoritätenstress: Auswirkungen wechselnder Belastungen über eine Entwicklung der Anfälligkeit (in Anlehnung an Iroqu, 2013)

### Heteronormativität und Minoritätenstress

Bei queeren Personen treten im Durchschnitt häufiger psychische und körperliche Erkrankungen als bei heterosexuellen, endo, cis Personen auf, weil sie einer besonderen Form von Stress ausgesetzt sind, nämlich dem sogenannten Minoritätenstress (Meyer, 1995, 2013). Dieser Minoritätenstress kommt zustande, weil in der Gesellschaft Heteronormativität vorherrscht, d. h., dass die Heterosexualität und die damit verbundene Zweigeschlechtlichkeit die Norm darstellen (Hartmann, Klesse, Wagenknecht, Fritzsche & Hackmann, 2007 → [Band 1 Vielfalt](#)). Formen von Identität und des Begehrens, die von der Heterosexualität und der Zweigeschlechtlichkeit abweichen, werden abgewertet oder als „unnatürliche“ Varianten verurteilt. Queere Personen erleben in einer heteronormativen Gesellschaft oft Stigmatisierung (→ [Band 1 Vorurteile](#)). Diese Stigmatisierung zeichnet sich dadurch aus, dass Personen, die zu einer bestimmten Gruppe gehören (z. B. queere Personen) negati-

ve stereotype Eigenschaften zugeschrieben werden (z.B. aggressiv, promiskuitiv) und dadurch negativ von ihren Mitmenschen wahrgenommen sowie vorverurteilt werden (Major & O'Brien, 2005). Eine Folge von Stigmatisierung kann Diskriminierung sein, die sich dadurch auszeichnet, dass queere Personen von Mitmenschen nicht als gleichberechtigte und gleichwertige Gesellschaftsmitglieder anerkannt und behandelt werden (Scherr & Breit, 2020). Das äußert sich durch Ausgrenzung, Gewaltausübung, Ablehnung oder anderen Verhaltensweisen, die queere Personen benachteiligen, gefährden oder verletzen. Das Erleben von Stigmatisierung bzw. Diskriminierung, die Angst davor, von anderen stigmatisiert oder diskriminiert zu werden, oder wenn queere Personen Abneigung oder Ablehnung gegen die eigene sexuelle Orientierung bzw. Geschlechtlichkeit verspüren, führt zum sogenannten Minoritätenstress (Meyer, 1995, 2013).

Empirische Studien zeigen, dass queere Personen viele Formen von Ausgrenzung, Gewalt oder Ablehnung aufgrund ihrer sexuellen Orientierung oder Geschlechtlichkeit erleben (Poteat, Birkett, Turner, Wang & Phillips, 2020; Prell & Traeen, 2018; Stahlman et al., 2016 → [Band 1 Vorurteile](#)). Beispielsweise berichten homosexuelle oder bisexuelle Frauen und Männer, dass sie aufgrund ihrer sexuellen Orientierung beschimpft, von Familienfesten ausgegrenzt, von Freund\*innen abgelehnt oder körperlich verletzt werden. Auch das Erhalten von Drohungen und das Beschädigen von Eigentum wird häufig berichtet (Prell & Traeen, 2018; Stahlman et al., 2016). Trans\* Personen sowie Personen mit nicht-binärer Geschlechtsidentität berichten über ähnliche Erfahrungen von Diskriminierung (Griner et al., 2020; Price-Feeney, Green & Dorison, 2020) und inter\* Personen berichten häufig, dass sie von Intimpartner\*innen und Freund\*innen abgelehnt wurden, nachdem ihre Intergeschlechtlichkeit bekannt wurde (Lundberg, Roen, Kraft & Hegarty, 2021). Die körperliche Integrität und Unversehrtheit von inter\* Personen wird oft schon direkt nach der Geburt verletzt, wenn Versuche unternommen werden, ihre Körper der Zweigeschlechtlichkeit anzupassen (→ [Band 1 Inter\\*](#) → [Band 1 Menschenbild](#)). Inter\* Personen sowie trans\* Personen wer-

den zudem häufig mit unangebrachten intimen Fragen zu ihren Genitalien oder Intimleben von Mitmenschen konfrontiert (Hart & Shakespeare-Finch, 2021; Nadal, Whitman, Davis, Erazo & Davidoff, 2016).

In einer heteronormativen Gesellschaft können queere Personen Diskriminierung und Abwertung auch durch sogenannte Mikroaggressionen erfahren (Nadal et al., 2016; Sue et al., 2007). Mikroaggressionen sind bewusste oder unbewusste Verhaltensweisen oder Aussagen, die die Abwertung von nicht-heteronormativen Identitäten, Körpern und Lebensweisen ausdrücken (Nadal et al., 2016). Beispielsweise können trans\* Personen diese Ablehnung oder Abwertung erleben, wenn Mitmenschen ihren Deadname (den alten, abgelegten Namen) weiter nutzen. Ein anderes Beispiel einer Mikroaggression ist das Ausdrücken negativer Eigenschaften oder schlechter Bewertungen von Situationen oder Gegenständen mit der Formulierung: „Das ist (so) schwul.“ Eine weitere von vielen anderen möglichen Formen von Mikroaggression tritt ein, wenn die sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität einer queeren Person nicht ernst genommen wird oder als „nur eine Phase“ wahrgenommen wird (Nadal et al., 2016).

Diese negativen Erlebnisse sowie das Erleben jeglicher Form von Ausgrenzung, Gewalt oder Ablehnung aufgrund sexueller Orientierung oder Geschlechtlichkeit (Umwelteinflüsse), lösen Stress aus (Minoritätenstress), der von vielen queeren Personen als bedrohlich und relevant wahrgenommen wird (primäre Beurteilung; Meyer, 1995, 2013). Viele Personen wissen nicht, wie sie mit diesen erschwerten sozialen Bedingungen umgehen sollen (sekundäre Beurteilung). Zudem wenden viele queere Personen, die Minoritätenstress erleben, Copingstrategien an, die nicht helfen, die Situation zu bewältigen, oder an sich gesundheitsschädlich sein können. So können queere Personen versuchen, ihre sexuelle Orientierung oder Geschlechtlichkeit vor anderen geheim zu halten oder Versuche unternehmen, diese zu ändern. Solche Strategien können Nachteile haben (und zusätzlichen Stress auslösen), weil queere Personen dadurch selten in Situationen kommen, in denen sie ihre wahren Interessen verfolgen können – und dadurch auch schwer be-

vorzugte Interaktionspartner\*innen kennenlernen können. Durch Geheimhaltung (z. B. der Geschlechtsidentität) erleben Personen auch selten Anerkennung oder Akzeptanz für ihr „wahres Ich“ (Goodyear et al., 2021; Lundberg et al., 2021; Yoder & Mattheis, 2016). Eine andere Strategie, mit Stress umzugehen, ist es, sich von Stress abzulenken. Solche Copingstrategien können zu Alkoholkonsum, Rauchen oder anderen Substanzmissbrauch (Amos et al., 2020 → Sucht) sowie ungeschütztem Sexualverhalten führen (Poteat et al., 2019). Andere queere Personen wiederum können keinen „Ausweg“ von der erlebten Stigmatisierung oder Diskriminierung sehen und laufen Gefahr, sich selbst zu verletzen oder Selbstmordversuche zu unternehmen (Guz et al., 2021). Das Erleben von Minoritätenstress und das Anwenden von Copingstrategien, die in der Situation nicht helfen bzw. an sich schädlich sein können, können die höheren Prävalenzzahlen von psychischen Erkrankungen bei queeren Personen im Vergleich zu endo, cis Personen mit heterosexueller Orientierung erklären (Meyer, 1995, 2013; s. Abbildung 1).

Auf das Erleben von Stress, inklusive Minoritätenstress, folgt immer eine körperliche Reaktion, eine sogenannte Stressreaktion, die durch Ausschüttung bestimmter Botenstoffe ins Blut gekennzeichnet ist. Diese Botenstoffe steuern nicht nur die körperliche Stressreaktion, sondern wirken auch auf andere Organsysteme im Körper, wie das Immunsystem oder das Herzkreislaufsystem (Huebner, McGarrity, Perry, Spivey & Smith, 2021). Eine starke aber vor allem immer wiederkehrende und häufige Stressreaktion kann dazu führen, dass Immunantworten gesenkt werden und somit die Gefahr für Infektionskrankheiten oder Krebserkrankungen erhöht wird. Zudem kann eine kontinuierliche oder immer wiederkehrende hohe Konzentration an Kortisol – ein Botenstoff für die körperliche Stressreaktion – zu erhöhtem Blutdruck führen und somit ein Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sein (Flentje et al., 2020). Auch andere somatische Erkrankungen, wie beispielsweise Asthma oder Diabetes, können durch häufige und wiederkehrende körperliche Stressreaktionen verursacht werden (Flentje et al., 2020; Lick et al., 2013).

## **Interventionen zur Reduktion von Minoritätenstress**

Es sei noch einmal betont, dass weder nicht-heterosexuelle Orientierung oder eine Geschlechtlichkeit jenseits der zweigeschlechtlichen Norm an sich als Risikofaktoren für die Entstehung von Krankheit angesehen werden dürfen (Mahler et al., 2018 → [Band 1 Gesundheit](#)). Die Reaktion der Gesellschaft, in der Heteronormativität vorherrscht, auf queere Personen zeichnet sich durch Stigmatisierung bzw. Diskriminierung aus, was für Betroffene eine ständige und bedeutende Quelle von Stress sein kann. Die Ungleichbehandlung und die Anwendung von Copingstrategien, die in der Situation nicht helfen bzw. an sich schädlich sein können, stellen Risiken für Krankheiten dar (Meyer, 1995, 2013). Ein Gleichsetzen von z. B. Homosexualität oder Trans\* mit Krankheiten (→ [Band 1 Menschenbild](#)) würde heteronormative Ansichten nur bekräftigen und weiter dazu beitragen, nachteilhafte Bedingungen für queere Personen zu schaffen (Mahler et al., 2018).

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell kann nicht nur zur Verdeutlichung von Risikofaktoren herangezogen werden, es kann auch mögliche Ansatzpunkte für die Interventionen aufzeigen. Der langanhaltendste Ansatz, wie die höheren Häufigkeiten von bestimmten Erkrankungen bei queeren Personen gesenkt oder vermieden werden könnten, wäre, bei den Umwelteinflüssen anzusetzen, nämlich bei der Umgestaltung und Veränderung von heteronormativen Ansichten in der Gesellschaft (Frieden, 2010). Dies kann durch Aufklärung und Informationskampagnen bewerkstelligt werden. Jedoch können solche Ansätze nur erfolgreich sein, wenn durch politische und gesetzliche Regelungen die Rahmenbedingungen geschaffen werden (→ [Band 1 Rechte](#)). Zudem müssen solche gesellschaftlichen Veränderungen von Führungspersonen bzw. Institutionen, die Gruppen führen und beeinflussen (z. B. Kirche oder Staat) mitgetragen werden (Frieden, 2010). Solche Veränderungen können nicht unmittelbar erfolgen und es ist mit Widerstand von der Gesellschaft zu rechnen (Frieden, 2010). Das bedeutet auch, dass mit diesem Ansatz queere Personen, die Minoritätenstress erleben, nicht unmittelbar geholfen werden kann.

In kleineren gesellschaftlichen Systemen als der Gesamtgesellschaft oder dem Staat, wie z. B. in der Schule, der Arbeit (→ [Diversity Management](#)), dem Gesundheitswesen oder dem Familien- und Freundeskreis, kann jedoch gegen Stigmatisierung bzw. Diskriminierung von queeren Personen vorgegangen werden. Durch Schulungen (→ [Kommunikation](#) → [Lebensort Vielfalt](#) → [Praxis Vielfalt](#)), die die negativen Folgen von Heteronormativität aufzeigen, können das Lehrpersonal, das Gesundheitspersonal, die Familienmitglieder oder die unmittelbaren Mitmenschen von queeren Personen sensibel für Minoritätenstress gemacht werden (Chaudoir, Wang & Pachankis, 2017). In Schulen soll sexuelle, amouröse und geschlechtliche Vielfalt thematisiert werden (vgl. Spahn & Wedl, 2018; Wedl & Spahn, 2020). Dabei ist es wichtig, dass alle sexuellen Orientierungen und Geschlechtlichkeiten gleich gewertet, thematisiert und behandelt werden. Auch ist gegen Bullying und Mobbing von queeren Personen vorzugehen (Moyano & del Mar Sánchez-Fuentes, 2020). Im medizinischen Kontext ist es wichtig, jegliche Pathologisierung aufgrund der sexuellen Orientierung und Geschlechtlichkeit zu vermeiden (→ [Band 1 Menschenbild](#)). So ist die Sprache sensibel zu nutzen (→ [Band 1 Sprache](#)) und eine automatische Zuschreibung von Endo- und Cisgeschlechtlichkeit sowie Heterosexualität muss vermieden werden. Dies gilt im Gesundheitskontext sowohl für Personal als auch für Patient\*innen. Nur durch konkrete, sensible Fragen nach der sexuellen Orientierung und Geschlechtlichkeit der Patient\*innen kann solche Information erschlossen werden (Rubin et al., 2018 → [Kommunikation](#)).

Andere Ansätze der Intervention setzen nicht daran an, verhältnispräventiv die Umwelteinflüsse zu verändern, sondern die primäre und die sekundäre Beurteilung bzw. die Copingstrategien von queeren Personen zu beeinflussen (Verhaltensprävention → [Prävention](#)). Mit Hilfe von Therapie und Beratung (z. B. Peer-Beratung) können queere Personen unterstützt werden, bestimmte Situationen als weniger relevant bzw. bedrohlich zu beurteilen. Dabei können Wege erarbeitet werden, wie queere Personen vermeiden können, dass bestimmte negative Umwelteinflüsse (wie Ausgrenzung, Ablehnung oder Abwertung) die eigene Selbstakzep-

tanz oder den eigenen Selbstwert negativ beeinflussen. Damit kann die Relevanz bzw. Bedrohlichkeit von negativen Umwelteinflüssen (primäre Beurteilung) gesenkt werden (White Hughto, Reisner & Pachankis, 2015).

Auch bei der sekundären Bewertung von negativen Umwelteinflüssen bzw. Stressoren kann angesetzt werden, um Minoritätenstress zu reduzieren. Zum einen kann dabei unterstützt werden, mehr Ressourcen, die vielfältig sein können, anzusammeln (→ [Salutogenese](#)). Es kann förderlich sein, wenn Handlungsmöglichkeiten (z. B. Selbstverteidigungsstrategien, Eloquenz) gelehrt werden, die helfen, sich in negativen Situationen zurecht zu finden. Sich an Aktionen von Aktivismus zu beteiligen ist auch eine Möglichkeit, selbst etwas zu unternehmen (→ [Empowerment](#)). In Selbstvertretungsgruppen oder bei anderen Treffen können queere Personen Akzeptanz und Anerkennung finden, die die Selbstakzeptanz und Selbstbestätigung sowie weitergehend die Identitätsentwicklung stärken können. Auch das Erleben von sozialer Unterstützung und die Gewissheit, dass jemand da ist, wenn Unterstützung benötigt wird, ist – nicht nur für queere Personen – hilfreich, um mit großen Herausforderungen umzugehen (White Hughto et al., 2015). Es ist auch wichtig, dass queere Personen hilfreiche Copingstrategien lernen, wie sie mit Minoritätenstress umgehen können. Dabei ist es vor allem notwendig, Copingstrategien aufzugeben, die in der Situation nicht nutzbringend bzw. an sich gesundheitsschädlich sein können (White Hughto et al., 2015).

Schlussendlich kann jede einzelne Person dazu beitragen, Minoritätenstress oder die Effekte des Minoritätenstresses zu reduzieren. Die Umwelteinflüsse, die queere Personen erfahren, können vielfach positiv (verhältnispräventiv) beeinflusst werden (z. B. Gesetze → [Band 1 Rechte](#)). Im Kern ist es wichtig, die Bereitschaft aufzubringen, unbekannte Perspektiven und Lebenskontexte nachzuvollziehen und wertfrei zu akzeptieren. Queere Personen selbst brauchen Copingstrategien, um mit Minoritätenstress umzugehen (Verhaltensprävention), aber auch Orte, wo sie Akzeptanz und Anerkennung erfahren. Nur so kann das Wohlbefinden und die Gesundheit von queeren Menschen positiv gestaltet werden (→ [Band 1 Gesundheit](#)).

## Literatur

- AMOS, R., MANALASTAS, E. J., WHITE, R., BOS, H., & PATALAY, P. (2020). Mental Health, Social Adversity, and Health-Related Outcomes in Sexual Minority Adolescents: A Contemporary National Cohort Study. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4, 36-45. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30339-6](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30339-6)
- AUER, M. K., HÖHNE, N., BAZARRA-CASTRO, M. Á., PFISTER, H., FUSS, J., STALLA, G. K., ET AL. (2013). Psychopathological Profiles in Transsexuals and the Challenge of Their Special Status among the Sexes. *PLOS ONE*, 8, Artikel e78469. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0078469>
- BREMER, V., DUDAREVA-VIZULE, S., BUDER, S., AN DER HEIDEN, M., & JANSEN, K. (2017). Sexuell übertragbare Infektionen in Deutschland. Die aktuelle epidemiologische Lage. *Bundesgesundheitsblatt*, 60, 948-957. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2590-1>
- BUTLER, C., JOINER, R., BRADLEY, R., BOWLES, M., BOWES, A., RUSSELL, C., & ROBERTS, V. (2019). Self-Harm Prevalence and Ideation in a Community Sample of Cis, Trans and Other Youth. *International Journal of Transgenderism*, 20, 447-458. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1614130>
- CALZO, J. P., BLASHILL, A. J., BROWN, T. A., & ARGENAL, R. L. (2017). Eating Disorders and Disordered Weight and Shape Control Behaviors in Sexual Minority Populations. *Current Psychiatry Reports*, 19, Artikel 49. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0801-y>
- CHAUDOIR, S. R., WANG, K., & PACHANKIS, J. E. (2017). What Reduces Sexual Minority Stress? A Review of the Intervention "Toolkit". *Journal of Social Issues*, 73, 586-617. <https://doi.org/10.1111/josi.12233>
- COCHRAN, S. D., SULLIVAN, J. G., & MAYS, V. M. (2003). Prevalence of Mental Disorders, Psychological Distress, and Mental Health Services Use among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 71, 53-61. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.1.53>
- COHEN, J. M., BLASEY, C., TAYLOR, C. B., WEISS, B. J., & NEWMAN, M. G. (2016). Anxiety and Related Disorders and Concealment in Sexual Minority Young Adults. *Behavior Therapy*, 47, 91-101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.09.006>
- DYAR, C., SARNO, E. L., NEWCOMB, M. E., & WHITTON, S. W. (2020). Longitudinal Associations Between Minority Stress, Internalizing Symptoms, and Substance Use among Sexual and Gender Minority Individuals Assigned Female at Birth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88, 389-401. <https://doi.org/10.1037/ccp0000487>
- EVERETT, B. G., SCHNARRS, P. W., ROSARIO, M., GAROFALO, R., & MUSTANSKI, B. (2014). Sexual Orientation Disparities in Sexually Transmitted Infection Risk Behaviors and Risk Determinants among Sexually Active Adolescent Males: Results from a School-Based Sample. *American Journal of Public Health*, 104, 1107-1112. <https://doi.org/10.2105/ajph.2013.301759>
- FLENTJE, A., HECK, N. C., BRENNAN, J. M., & MEYER, I. H. (2020). The Relationship Between Minority Stress and Biological Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Behavioral Medicine*, 43, 673-694. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00120-6>
- FRIEDEN, T. R. (2010). A Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid. *American Journal of Public Health*, 100, 590-595. <https://doi.org/10.2105/ajph.2009.185652>
- GOODYEAR, T., KINITZ, D. J., DROMER, E., GESINK, D., FERLATTE, O., KNIGHT, R., & SALWAY, T. (2021). "They Want You to Kill Your Inner Queer but Somehow Leave the Human Alive": Delineating the Impacts of Sexual Orientation and Gender Identity and Expression Change Efforts. *Journal of Sex Research*. <https://doi.org/10.1080/00224499.2021.1910616>
- GRINER, S. B., VAMOS, C. A., THOMPSON, E. L., LOGAN, R., VÁZQUEZ-OTERO, C., & DALEY, E. M. (2020). The Intersection of Gender Identity and Violence: Victimization Experienced by Transgender College Students. *Journal of Interpersonal Violence*, 35, 5704-5725. <https://doi.org/10.1177/0886260517723743>

- GUZ, S., KATTARI, S. K., ATTEBERRY-ASH, B., KLEMMER, C. L., CALL, J., & KATTARI, L. (2021). Depression and Suicide Risk at the Cross-Section of Sexual Orientation and Gender Identity for Youth. *Journal of Adolescent Health, 68*, 317-323. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.008>
- HART, B., & SHAKESPEARE-FINCH, J. (2021). Intersex Lived Experience: Trauma and Posttraumatic Growth in Narratives. *Psychology & Sexuality, 13*(1), 1-12. <https://doi.org/10.1080/19419899.2021.1938189>
- HARTMANN, J., KLESSE, C., WAGENKNECHT, P., FRITZSCHE, B., & HACKMANN, K. (HG.) (2007). *Heteronormativität: Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht*. Wiesbaden: VS.
- HENDERSON, B. (2019). *Queer Studies. Beyond Binaries*. New York, NY: Harrington Park Press.
- HUEBNER, D. M., MCGARRITY, L. A., PERRY, N. S., SPIVEY, L. A., & SMITH, T. W. (2021). Cardiovascular and Cortisol Responses to Experimentally-Induced Minority Stress. *Health Psychology, 40*, 316-325. <https://doi.org/10.1037/hea0001067>
- HUGHES, T. L., VELDHIJS, C. B., DRABBLE, L. A., & WILSNACK, S. C. (2020). Research on Alcohol and Other Drug (AOD) Use among Sexual Minority Women: A Global Scoping Review. *PLOS ONE, 15*(3), Artikel e0229869. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229869>
- IROQU (2013, 18. April). Auswirkungen wechselnder Belastungen über eine Entwicklung der Anfälligkeit. <https://de.wikipedia.org/wiki/Diathese-Stress-Modell#/media/Datei:Diathese-stress-modell.svg>
- LAZARUS, R. S. (1990). Theory-Based Stress Measurement. *Psychological Inquiry, 1*, 3-13. [https://doi.org/10.1207/s15327965pli01\\_1](https://doi.org/10.1207/s15327965pli01_1)
- LAZARUS, R. S., & FOLKMAN, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, NY: Springer.
- LICK, D. J., DURSO, L. E., & JOHNSON, K. L. (2013). Minority Stress and Physical Health among Sexual Minorities. *Perspectives on Psychological Science, 8*, 521-548. <https://doi.org/10.1177/1745691613497965>
- LUNDBERG, T., ROEN, K., KRAFT, C., & HEGARTY, P. (2021). How Young People Talk about Their Variations in Sex Characteristics: Making the Topic of Intersex Talkable via Sex Education. *Sex Education, 21*, 552-567. <https://doi.org/10.1080/14681811.2021.1911796>
- MAHLER, L., MUNDLE, G., & PLÖDERL, M. (2018). Wirkungen und Nebenwirkungen des Krankheitskonzepts „Homosexualität“. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie, 86*, 469-476. <https://doi.org/10.1055/a-0653-7177>
- MAJOR, B., & O'BRIEN, L. T. (2005). The Social Psychology of Stigma. *Annual Review of Psychology, 56*, 393-421. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070137>
- MEEHL, P. E. (1962). Schizotaxia, Schizotypy, Schizophrenia. *American Psychologist, 17*, 827-838. <https://doi.org/10.1037/h0041029>
- MEYER, I. H. (1995). Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *Journal of Health and Social Behavior, 38*, 38-56. <https://doi.org/10.2307/2137286>
- MEYER, I. H. (2013). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 1*, 3-26. <https://doi.org/10.1037/2329-0382.1.S.3>
- MEYER, I. H., PACHANKIS, J. E., & KLEIN, D. N. (2021). Do Genes Explain Sexual Minority Mental Health Disparities? *Archives of Sexual Behavior, 50*, 731-737. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01909-2>
- MOYANO, N., & DEL MAR SÁNCHEZ-FUENTES, M. (2020). Homophobic Bullying at Schools: A Systematic Review of Research, Prevalence, School-Related Predictors and Consequences. *Aggression and Violent Behavior, 53*, Artikel 101441. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101441>
- NADAL, K. L., WHITMAN, C. N., DAVIS, L. S., ERAZO, T., & DAVIDOFF, K. C. (2016). Microaggressions Toward Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Genderqueer People: A Review of the Literature. *Journal of Sex Research, 53*, 488-508. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1142495>

- OPERARIO, D., GAMAREL, K. E., GRIN, B. M., LEE, J. H., KAHLER, C. W., MARSHALL, B. D. L., ET AL. (2015). Sexual Minority Health Disparities in Adult Men and Women in the United States: National Health and Nutrition Examination Survey, 2001-2010. *American Journal of Public Health*, 105, e27-e34. <https://doi.org/10.2105/ajph.2015.302762>
- OTTE, C., GOLD, S. M., PENNINX, B. W., PARIANTE, C. M., ETKIN, A., FAVA, M., ET AL. (2016). Major Depressive Disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 2, Artikel 16065. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.65>
- POTEAT, V. P., BIRKETT, M., TURNER, B., WANG, X., & PHILLIPS, G. (2020). Changes in Victimization Risk and Disparities for Heterosexual and Sexual Minority Youth: Trends from 2009 to 2017. *Journal of Adolescent Health*, 66, 202-209. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.08.009>
- POTEAT, V. P., RUSSELL, S. T., & DEWAELE, A. (2019). Sexual Health Risk Behavior Disparities among Male and Female Adolescents Using Identity and Behavior Indicators of Sexual Orientation. *Archives of Sexual Behavior*, 48, 1087-1097. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1082-6>
- PRELL, E., & TRAEEN, B. (2018). Minority Stress and Mental Health among Bisexual and Lesbian Women in Norway. *Journal of Bisexuality*, 18, 278-298. <https://doi.org/10.1080/15299716.2018.1518180>
- PRICE-FEENEY, M., GREEN, A. E., & DORISON, S. (2020). Understanding the Mental Health of Transgender and Nonbinary Youth. *Journal of Adolescent Health*, 66, 684-690. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.11.314>
- ROTHBLUM, E. D. (HG.) (2020). *The Oxford Handbook of Sexual and Gender Minority Mental Health*. New York, NY: Oxford University Press.
- RUBIN, E. S., RULLO, J., TSAI, P., CRINITI, S., ELDERS, J., THIELEN, J. M., & PARISH, S. J. (2018). Best Practices in North American Pre-Clinical Medical Education in Sexual History Taking: Consensus from the Summits in Medical Education in Sexual Health. *Journal of Sexual Medicine*, 15, 1414-1425. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.08.008>
- RUTHERFORD, L., STARK, A., ABLONA, A., KLASSEN, B. J., HIGGINS, R., JACOBSEN, H., ET AL. (2021). Health and Well-Being of Trans and Non-Binary Participants in a Community-Based Survey of Gay, Bisexual, and Queer Men, and Non-Binary and Two-Spirit People Across Canada. *PLOS ONE*, 16, Artikel e0246525. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246525>
- SCHERR, A., & BREIT, H. (2020). Erfolgreiche Bewältigung von Diskriminierung. In P. Genkova & A. Riecken (Hg.), *Handbuch Migration und Erfolg. Psychologische und sozialwissenschaftliche Aspekte* (S. 83-106). Wiesbaden: Springer.
- SCHULER, M. S., & COLLINS, R. L. (2020). Sexual Minority Substance Use Disparities: Bisexual Women at Elevated Risk Relative to Other Sexual Minority Groups. *Drug and Alcohol Dependence*, 206, Artikel 107755. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107755>
- SPAHN, A., & WEDL, J. (HG.) (2018). *Schule lehrt/lernt Vielfalt. Praxisorientiertes Basiswissen und Tipps für Homo-, Bi-, Trans- und Inter\*freundlichkeit in der Schule*. Göttingen: Waldschlösschen Verlag.
- STAHLMAN, S., SANCHEZ, T. H., SULLIVAN, P. S., KETENDE, S., LYONS, C., CHARURAT, M. E., ET AL. (2016). The Prevalence of Sexual Behavior Stigma Affecting Gay Men and Other Men Who Have Sex with Men Across Sub-Saharan Africa and in the United States. *JMIR Public Health and Surveillance*, 2, Artikel e35. <https://doi.org/10.2196/publichealth.5824>
- SUE, D. W., CAPODILUPO, C. M., TORINO, G. C., BUCCERI, J. M., HOLDER, A. M. B., NADAL, K. L., & ESQUILIN, M. (2007). Racial Microaggressions in Everyday Life: Implications for Clinical Practice. *American Psychologist*, 62, 271-286. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.4.271>
- WEDL, J., & SPAHN, A. (HG.) (2020). *Schule lehrt/lernt Vielfalt. Material und Unterrichtsbausteine für sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in der Schule* (2. Aufl.). Göttingen: Waldschlösschen Verlag.
- WHITE HUGHTO, J. M., REISNER, S. L., & PACHANKIS, J. E. (2015). Transgender Stigma and Health: A Critical Review of Stigma Determinants, Mechanisms, and Interventions. *Social Science & Medicine*, 147, 222-231. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010>

---

YODER, J. B., & MATTHEIS, A. (2016). Queer in STEM: Workplace Experiences Reported in a National Survey of LGBTQA Individuals in Science, Technology, Engineering, and Mathematics Careers. *Journal of Homosexuality*, 63, 1-27. <https://doi.org/10.1080/00918369.2015.1078632>

ZEEMAN, L., & ARANDA, K. (2020). A Systematic Review of the Health and Healthcare Inequalities for People with Intersex Variance. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, Artikel 6533. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186533>

ZEEMAN, L., SHERRIFF, N., MCGLYNN, N., MIRANDOLA, M., GIOS, L., DAVIS, R., ET AL. (2019). A Review of Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex (LGBTI) Health and Healthcare Inequalities. *European Journal of Public Health*, 29, 974-980. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky226>

ZUCKERMAN, M. (1999). Diathesis-Stress Models. In M. Zuckerman (Hg.), *Vulnerability to Psychopathology. A Biosocial Model* (S. 3-23). Washington, DC: American Psychological Association.

## **Autor\*in**

Mag. rer. nat. **Nikola Komlenac, Ph.D.**, ist Psychologe und arbeitet an der Einrichtung für Gendermedizin und Diversität an der Medizinischen Universität Innsbruck. Er ist vor allem in der Forschung und Lehre tätig. Seine Arbeits- und Interessenschwerpunkte sind dabei die Einflüsse von Geschlechternormen auf den Umgang miteinander, auf die Gesundheit und die Krankheit von Menschen.

Kontakt: [nikola.komlenac@i-med.ac.at](mailto:nikola.komlenac@i-med.ac.at)

Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt  
in verschiedenen Handlungsfeldern



## 5. Gendermedizin und Geschlechtervielfalt

Die Notfallmedizinerin Alyson McGregor erzählt in ihrem bekannten Ted-Talk: „Herzkrankheiten sind die Haupttodesursache sowohl bei Männern als auch Frauen. Im ersten Jahr nach einem Herzinfarkt sterben jedoch mehr Frauen als Männer. Männer beklagen sich im Regelfall über erdrückende Schmerzen in der Brust, als säße ein Elefant auf ihrem Brustkorb. Das ist für uns ein typisches Symptom. Auch Frauen klagen über Schmerzen im Brustkorb. Jedoch berichten mehr Frauen als Männer, dass sie sich ‚einfach nicht wohlfühlen‘, ‚irgendwie nicht richtig Luft bekommen‘ und ‚in letzter Zeit schrecklich müde‘ sind. Aus irgendeinem Grund nennen wir das atypisch, obwohl die Bevölkerung – wie erwähnt – [etwa] zur Hälfte aus Frauen besteht“ (McGregor, 2014, 7:06, eigene Übersetzung). Dieses Beispiel von Geschlechterunterschieden bei Herzinfarkten ist inzwischen eine landläufig bekannte Anekdote. Doch wie kommt es dazu, dass die Erkenntnis, dass Frauen andere Symptome als Männer haben, als bahnbrechende Erkenntnis (Oertelt-Prigione & Hiltner, 2019) gilt? Welche Aufgaben hat die sogenannte Gendermedizin? Und inwiefern werden trans\* und inter\* Personen in der Gendermedizin mitbedacht?

### **Frauengesundheit und Männergesundheit**

Die Frauengesundheitsbewegung der 1960-70er Jahre und die daraus entstehende Frauengesundheitsforschung ab den 1980er Jahren kritisierte, dass die Medizin durch eine vorgeschobene Geschlechterneutralität in ihrer Lehre, Forschung und Behandlung spezifisch weibliche Gesundheitsprobleme nicht beachtete bzw. grundsätzlich kaum Wissen über weibliche Körper vorhanden war (Oertelt-Prigione & Hiltner, 2019). Die Folge aus einem geschlechtsneutralen Anspruch der Medizin war, dass Frauen und ihre Gesundheit ausgeklammert und nur in der spezifischen Disziplin der Gynäkologie (→ [Gynäkologie](#)) beachtet wurden (Meuser, 2007), was als „Bikini-Medizin“ bekannt ist. In

der Bikini-Medizin gibt es also (allgemeine) Anatomie und weibliche Anatomie. Zusätzlich werden Patientinnen als Frauen diskriminiert – sie erleben beispielsweise, dass ihnen nicht geglaubt wird, wenn sie über Beschwerden klagen, sie werden oft falsch behandelt und falsch diagnostiziert. So dauert eine Diagnose für Endometriose im Schnitt zwischen acht und zehn Jahren in Großbritannien und den USA, weil Patient\*innen ihre Schmerzen nicht geglaubt werden bzw. rein psychische Ursachen vermutet werden (Criado-Perez, 2020).

Durch die Frauengesundheitsbewegung und die jahrzehntelange Etablierung und Professionalisierung der Gynäkologie ist die gesundheitliche Lage und Versorgung von Frauen heute bereits gut erforscht. Doch in den letzten Jahrzehnten kommen auch spezifisch männliche Gesundheitsfragen in den Blick – die unter dem Stichwort des medizinischen *Gender Gaps* verhandelt werden, mit dem im Vergleich zu Frauen schlechteren Gesundheitszustand und ein geringeres Gesundheitsbewusstsein in den Blick kommen soll (Meuser, 2007). Manche Männlichkeitsforscher\*innen beklagen eine regelrechte „Männerblindheit“ in den Gesundheitswissenschaften (Stiehler, 2016). Männerkörper werden schon seit langen medikalisiert – relativ neu ist allerdings eine eigene Disziplin, die sich der Männergesundheit widmet: die Andrologie (Wöllmann, 2007).

Es galt in der Medizin also die Vorstellung, dass es ausreiche, Therapien und Medikamente nur an Männern zu erforschen – und dass die Ergebnisse dann auch für Frauen gelten würden (Hofmann, 2014). Während der Mann also als generalisierter Mensch, als geschlechtslose Norm galt, wurde die Frau als spezifisches und verändertes Studienobjekt der Gynäkologie (Wöllmann, 2007). Stiehler (2016) beklagt, dass gerade durch ihre Stellung als Normalpatienten spezifisch männliche Gesundheitsanliegen aus dem Blick geraten. Paradoxerweise kamen geschlechtsspezifische Gesundheitsanliegen also durch eine vorge-schobene geschlechterneutrale Herangehensweise insgesamt aus dem Blick der Medizin. Daher begannen ab den 1980er Jahren insbesondere die Kardiologie und die Epidemiologie mit der Erforschung geschlechtsbedingter Besonderheiten bei Krankheiten (Gadebusch Bondio, 2014).

Rásky und Scheipl (2016, S.88-89) fassen diese Entwicklung wie folgt zusammen: „Zuerst fehlte der Forschung die Wahrnehmung, dass Frauen und Männer unterschiedliche Lebenswelten, Chancen und Bedürfnisse haben. In der darauf folgenden Phase wurden Frauen zwar wahrgenommen, doch in ihrer Abweichung vom ‚Mann‘ gesehen, der die biologische und soziale Norm darstellte. Forschungspolitisch und wissenschaftshistorisch folgte dieser Zeit die Erkenntnis, dass ein Messen an der männlichen Norm nicht adäquat ist. Daraufhin wurden Frauen selbst Gegenstand von Studien. Die Fachdisziplin Frauen und Gesundheit etablierte sich danach als eigenständige Disziplin und wurde langsam in den Wissenschaftskanon integriert. Erst in der Folge wurden Besonderheiten von Männern thematisiert und beforscht. Die bisher letzte Stufe stellt das systematische Einbeziehen des Faktors Geschlecht in Forschung und Versorgung dar.“

### **Was ist Gendermedizin?**

Ende der 1980er Jahre wurde die US-amerikanische Kardiologin Marianne Legato auf geschlechtsspezifische Unterschiede bei Herzpatient\*innen aufmerksam und bezeichnete diese Erforschung als *Gender Medicine* (Gendermedizin; Gadebusch Bondio, 2014). Gendermedizin trägt also dem Umstand Rechnung, dass sich zwischen Männern und Frauen Unterschiede bei Symptomen, Ausprägungen und der Versorgung von Krankheitsbildern, von individuellem Krankheitserleben und im gesellschaftlichen Umgang mit Krankheit finden (Wattenberg, Lätzsch & Hornberg, 2019). In den Blick kommen sollen auch soziale Rahmenbedingungen, die Auswirkung auf die Gesundheit und Krankheit von Frauen und Männern haben und ihre Auswirkungen, wie beispielsweise Geschlechterunterschiede in gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Einstellungen, Copingstrategien, Risiko- und Präventionsverhalten (Wattenberg et al., 2019).

Innerhalb der Medizin soll Geschlecht also als Faktor mituntersucht und -bedacht werden, z.B. in Bezug auf körperliche Unterschiede, Lebensstil, Prädisposition, Inzidenz, Entstehung, Symptomatologie, Ent-

wicklung und Behandlungschancen sowie Gesundheitskompetenzen (Gadebusch Bondio, 2014). Die Gendermedizin „basiert auf der Einsicht, dass die beiden Geschlechter<sup>1)</sup> unterschiedliche Erfahrungen mit der gleichen Krankheit haben können: Sie können unterschiedliche Symptome entwickeln, unterschiedlich auf die Therapie ansprechen und unterschiedlich mit der Krankheit umgehen. Die Pathophysiologie, also die Veränderung der Körpers im Verlauf einer Krankheit, kann auch in Abhängigkeit von Genotyp (genetische Ausstattung), Epidemiologie und biologischem Geschlecht variieren“ (International Society of Gender Medicine, o. J., Abs. 1, eigene Übersetzung). Der Fokus der Gendermedizin liegt also auf Geschlechtsunterschieden zwischen Männern und Frauen in der „Entstehung, Diagnostik, Wiederherstellung und Behandlung von Krankheiten“ (Maschewsky-Schneider, 2016, S. 30). Die Gendermedizin fokussiert sich dabei auf drei Bereiche: die Wissenschaft und klinische Medizin (bspw. Grundlagen- und Versorgungsforschung sowie Pharmakologie), die Lehre (z. B. Entwicklung eines Moduls und Lehrstandards für das Medizinstudium) und Gleichstellungsarbeit (Oertelt-Prigione & Hiltner, 2019). Es geht in der Gendermedizin also nicht nur um Körper und Krankheiten, sondern einen biopsychosozialen Zugang (→ [Salutogenese](#)) zu Geschlecht, d. h. auch um Patient\*in-Ärzt\*in-Interaktionen (→ [Kommunikation](#) → [Band 1 Beziehung](#)) sowie pflegerische, therapeutische und rehabilitative Tätigkeiten (Hofmann, 2014 → [Prävention](#)).

Die Gendermedizin nimmt beispielweise in den Blick, dass Frauen häufiger an Herz-Kreislauf-Erkrankungen sterben als Männer, dafür aber seltener an bösartigen Krebs-Neubildungen, woran 51 % der Männer und 43 % der Frauen im Laufe ihres Lebens erkranken (Wattenberg et al., 2019). Außerdem untersucht sie, inwiefern medizinische Behandlungen geschlechtssensibel sein können – wie beispielsweise, dass Frauen in Deutschland nur suboptimal kardiologisch versorgt sind (Wattenberg et al., 2019). Weitere Geschlechterunterschiede fin-

---

<sup>1)</sup> Hier wird also auf ein binäres Geschlechtermodell Bezug genommen.

den sich z.B. bei Herzinsuffizienz, Schlaganfällen, Osteoporose und Hypertonie (Oertelt-Prigione & Hiltner, 2019). Zu geschlechtersensiblen Ansätzen in der Medizin gehört aber auch die Frage nach der Ansprache von Patient\*innen: So gelten Herzinfarkte gesellschaftlich als Männerproblem und Frauen nehmen dies nicht als ein Gesundheitsproblem für sich selbst wahr, sondern als Aufgabe, sich um die Herzgesundheit ihrer Ehemänner und Partner zu kümmern (Hofmann, 2014). Herzinfarkt-Symptome, so wie viele Frauen sie haben (bspw. Atemnot, Übelkeit und Erbrechen), gelten dagegen auch bei Mediziner\*innen als „atypische“ Symptome, was die Normsetzung von Männern als normale Patienten fortschreibt (Hofmann, 2014)

Die Gendermedizin ist in der deutschen Forschung inzwischen gut institutionell verankert. So gibt es einige deutschsprachige Veröffentlichungen, das Berliner Institut für Geschlechterforschung in der Medizin an der Charité und die Zeitschrift *Gender Medicine* (Maschewsky-Schneider, 2016). Trotzdem ist sie noch ein relativ neues Forschungsfeld: Wie Hornberg, Pauli und Wrede (2016) herausarbeiten, fehlt es zum einen an Sensibilität für Geschlechterunterschiede und zum anderen an Forschungsergebnissen zum Einfluss von Geschlecht auf Gesundheit und Krankheit. Gleichzeitig stößt die Gendermedizin, wie die interdisziplinäre Geschlechterforschung insgesamt, auf gesellschaftliche und fachliche Ablehnung und Resistenzen – gerade weil sie herrschaftskritisch agiert (Oertelt-Prigione & Hiltner, 2019). Die medizinische Lehre, wie beispielsweise in Lehrbüchern, scheint sich aber nach wie vor noch nach einer männlichen Norm zu richten und Frauen größtenteils auszuklammern (Criado Perez, 2020).

### **Von welchem Geschlecht spricht die Gendermedizin?**

Anders als im Deutschen gibt es im Englischen zwei Begriffe für Geschlecht: *Sex* und *Gender* (→ [Band 1 Vielfalt](#)). Häufig wird *Sex* als körperliches Geschlecht übersetzt, während *Gender* die soziale Konstruktion von Geschlecht, wie beispielsweise Geschlechterrollen und -erwartungen, meint. Diese Zweiteilung ist in der Geschlechterforschung in-

zwischen überholt, u. a. weil sowohl körperliche als auch soziale Dimensionen von Geschlecht als Effekte gesellschaftlicher Konstruktion analysiert werden. Die begriffliche Trennung zwischen Körper und Gesellschaft findet sich aber in vielen (zumeist naturwissenschaftlichen) Ansätzen trotzdem weiterhin (vgl. Bolte, 2016) bzw. die beiden Aspekte werden miteinander verwechselt oder sie nicht genügend definiert (Oertelt-Prigione & Hiltner, 2019).

Vielfach wird kritisiert, dass die Medizin „in ihrer Definition von Gender immer noch ein dichotomes, normiertes zweigeschlechtliches Verständnis“ nutzt, obwohl diese Definition „theoretisch und praktisch infrage gestellt werden kann“ (Oertelt-Prigione & Hiltner, 2019, S. 742). Damit einher geht, dass Männer und Frauen als jeweils in sich homogene Gruppen gefasst und damit Unterschiede innerhalb dieser Gruppen unsichtbar gemacht werden. Auch wenn in der Gendermedizin verschiedene Verständnisse von Geschlecht kursieren, ist doch die Gefahr groß, dass sich – gerade wegen der Körperbezogenheit der Medizin – ein rein körperbasiertes Verständnis von Geschlecht verhärtet und zu einem biologischen Determinismus in Bezug auf Gesundheit zurückgekehrt wird (Bolte, 2016). Häufig wird in der medizinischen Forschung das Geschlecht der Proband\*innen zwar erhoben – aber nicht auf der Basis von Selbstaussagen, sondern entweder von den Forscher\*innen aufgrund ihrer Wahrnehmung eingegeben oder aus Gesundheits- und Meldedaten abgelesen (Bolte, 2016). Damit wird Zweigeschlechtlichkeit immer wieder als Norm (Heteronormativität → [Band 1 Vielfalt](#)) vergegenständlicht und Geschlechterstereotype aufrechterhalten (Wattenberg et al., 2019). Dahinter steht allerdings auch die große Frage, wie Geschlecht für medizinische Forschungen quantifiziert und operationalisiert werden kann (Bolte, 2016).

### **Gendermedizin und Zweigeschlechtlichkeit**

Wie Wöllmann (2007, S. 100) beobachtet, zementiert die Etablierung und strikte Trennung der Andrologie und Gynäkologie Zweigeschlechtlichkeit: „Insofern stellt die Andrologie wie die Gynäkologie einen Ef-

fekt der Übersetzung der Zweigeschlechtlichkeit in die disziplinäre Ordnung der Biomedizin dar: Menschliche Körper werden als biologisch männlich oder biologisch weiblich klassifiziert und bedürfen im nächsten Schritt einer geschlechtsspezifischen medizinischen Versorgung. [...] Die Andrologie hebt zwar tendenziell die asymmetrische Medikalisierung von Geschlechtskörpern auf, verfestigt damit aber, was einmal der Ausgangspunkt dieser Asymmetrie war: Die medizinische Durchsetzung von Zweigeschlechtlichkeit.“

So lassen sich in der Literatur auch explizit Referenzen finden, nachdem u. a. der (als weiblich interpretierte) Chromosomensatz XX für die bessere Gesundheit von Frauen verantwortlich sei (Stiehler, 2016) oder Ansätze, die Männer und Frauen als molekular völlig unterschiedliche Kategorien konzipieren (Hofmann, 2014). Es geht also nicht nur darum, dass in der geschlechtersensiblen Medizin Geschlecht bipolar gedacht wird, sondern auch, dass Geschlecht als rein körperliches Phänomen festgeschrieben wird. Daraus folgt, dass trans\*, nicht-binäre und inter\* Menschen unsichtbar gemacht werden. Eine viel geäußerte Kritik an der Gendermedizin ist aber auch, dass Geschlechterstereotype nicht hinterfragt werden (Rásky & Scheipl, 2016), so dass beispielsweise das Bild der schwachen, kränklichen Frau bestehen bleibt und medizinisches Personal Patient\*innen aufgrund von Geschlechterstereotypen verschieden behandelt (Wattenberg et al., 2019 → [Band 1 Beziehung](#))

Hornberg und Kolleg\*innen (2016) sprechen hoffnungsvoll davon, dass die Gendermedizin beste Voraussetzungen biete, um die Geschlechterbinarität in der medizinischen Forschung und gesundheitlichen Versorgung kritisch zu hinterfragen und um die Vielfalt von Geschlecht zu erweitern. Bisher scheint sich die Gendermedizin aber noch nicht ausführlich mit der Gesundheitslage von trans\*, nicht-binären und inter\* Menschen auseinanderzusetzen, sondern verbleibt in der Zweigeschlechternorm bzw. fokussiert sich ausschließlich auf die Gesundheit von Männern und Frauen. Dabei liegen im Bereich Trans\*- und Inter\*geschlechtlichkeit erhebliche Forschungslücken vor und es ist bekannt, dass trans\* und inter\* Personen insgesamt eine höhere

Wahrscheinlichkeit für einen schlechten Gesundheitszustand aufweisen (Houben, Dennert, González Athenas & Ohms, 2019; Pöge et al., 2020 → [Band 1 Gesundheit](#) → [Band 1 Inter\\*](#) → [Band 1 Trans\\*](#)).

### **Wie kann eine tatsächlich geschlechtersensible Medizin aussehen?**

Hofmann (2014) schreibt, auf den ersten Blick könnte es so wirken, als würde die Gendermedizin sich insbesondere auf die Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Frauen konzentrieren, was „so falsch nicht [ist], weil hier die ‚weißen Flecken‘ waren und sind“ (S.42). Nun wäre es allerdings an der Zeit, Zweigeschlechtlichkeit aufzubrechen, Genitalien nicht mit Geschlecht gleichzusetzen und die Gesundheit von trans\*, nicht-binären und inter\* Personen ernst zu nehmen – denn hier liegen die „weißen Flecken“ der Gegenwart.

Die geschlechtersensible Medizin kann also ein wichtiger Schritt in eine bessere gesundheitliche Versorgung von allen Menschen werden – dafür muss sie ihren Geschlechterbegriff allerdings kritisch reflektieren, die Vielfalt von Geschlecht ernst nehmen und weitere soziale Kategorien in Augenschein nehmen, die den Gesundheitszustand von Menschen verschlechtern können sowie die Verwobenheiten dieser Kategorien (wie z.B. die von armutsbetroffenen Männern; vgl. Stiehler, 2016; Oertelt-Prigione & Hiltner, 2019 → [Band 1 Intersektionalität](#)). Diese Binnendifferenzierung innerhalb der Kategorien „Mann“ und „Frau“ ist wichtig. So haben z. B. lesbische Frauen andere gesundheitliche Versorgungsbedarfe als heterosexuelle Frauen (→ [Gynäkologie](#)) und trans\* Männer andere als cis Männer (→ [Band 1 Gesundheit](#)). Letztendlich ist die Gendermedizin ein guter Ansatz für bessere wissenschaftliche Praxis, in der Patient\*innen und ihre Bedarfe genauer in den Blick genommen werden.

## Literatur

- BOLTE, G. (2016). Gender in der Epidemiologie im Spannungsfeld zwischen Biomedizin und Geschlechterforschung. Konzeptionelle Ansätze und methodische Diskussionen. In C. Hornberg, A. Pauli & B. Wrede (Hg.), *Medizin – Gesundheit – Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive* (S. 103-124). Wiesbaden: Springer VS.
- CRIADO-PEREZ, C. (2020). *Unsichtbare Frauen. Wie eine von Daten beherrschte Welt die Hälfte der Bevölkerung ignoriert* (6. Aufl.). München: Btb.
- GADEBUSCH BONDIO, M. (2014). Mann und Frau, ganz individuell. Entwicklungen eines neuen medizinischen Denkens. In M. Gadebusch Bondio, E. Katsari & T. Fischer (Hg.), *Gender-Medizin. Krankheit und Geschlecht in Zeiten der individualisierten Medizin* (S. 6-19). Bielefeld: Transcript.
- HOFMANN, A. (2014). Warum braucht geschlechtsspezifische Medizin breite Öffentlichkeit? Überlegungen zu einem Paradigmenwechsel. In M. Gadebusch Bondio, E. Katsari & T. Fischer (Hg.), *Gender-Medizin. Krankheit und Geschlecht in Zeiten der individualisierten Medizin* (S. 39-46). Bielefeld: Transcript.
- HORNBERG, C., PAULI, A., & WREDE, B. (2016). *Medizin – Gesundheit – Geschlecht: Gesundheitswissenschaftliche und gendermedizinische Perspektiven*. In C. Hornberg, A. Pauli & B. Wrede (Hg.), *Medizin – Gesundheit – Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive* (S. 1-21). Wiesbaden: Springer VS.
- HOUBEN, M., DENNERT, G., GONZÁLEZ ATHENAS, M., & OHMS, C. (2019). Gesundheit „jenseits der Mann/Frau-Binarismen“. Bedarfe an eine nicht-normative Versorgung in Bezug auf Körper, Geschlecht und sexuelle Orientierung. In M. A. Appenroth & M. d. M. Castro Varela (Hg.), *Trans & Care. Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung* (S. 103-123). Bielefeld: Transcript.
- INTERNATIONAL SOCIETY OF GENDER MEDICINE (o. J.). Aims of the IGM. Abgerufen am 22.06.2021 von <http://www.isogem.eu/IGM/Aims-of-IGM/>
- MASCHEWSKY-SCHNEIDER, U. (2016). Frauen- und Geschlechterforschung in Public Health ist nicht Gendermedizin. Ein historischer Rückblick und eine disziplinäre Standortbestimmung. In C. Hornberg, A. Pauli & B. Wrede (Hg.), *Medizin – Gesundheit – Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive* (S. 25-50). Wiesbaden: Springer VS.
- MCGREGOR, A. (2014). Why Medicine Often Has Dangerous Side Effects for Women. Abgerufen am 23.06.2021 von [https://www.ted.com/talks/alyson\\_mcgregor\\_why\\_medicine\\_often\\_has\\_dangerous\\_side\\_effects\\_for\\_women](https://www.ted.com/talks/alyson_mcgregor_why_medicine_often_has_dangerous_side_effects_for_women)
- MEUSER, M. (2007). Der „kranke Mann“ – wissenssoziologische Anmerkungen zur Pathologisierung des Mannes in der Männergesundheitsforschung. In M. Dinges (Hg.), *Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800 - ca. 2000* (S. 73-86). Stuttgart: Steiner.
- OERTEL-PRIGIONE, S., & HILTNER, S. (2019). *Medizin: Gendermedizin im Spannungsfeld zwischen Zukunft und Tradition*. In B. Kortendiek, B. Riegraf & K. Sabisch (Hg.), *Handbuch interdisziplinäre Geschlechterforschung* (S. 741-750). Wiesbaden: Springer VS.
- PÖGE, K., DENNERT, G., KOPPE, U., GÜLDENRING, A., MATTHIGACK, E. B., & ROMMEL, A. (2020). Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. *Journal of Health Monitoring*, 5(S1), 1-30. <https://doi.org/10.25646/6448>
- RÁSKY, E., & SCHEIPL, S. (2016). Gender Mainstreaming rund um die Gesundheit. Entwicklung, Status Quo und Zukunftsperspektiven in Österreich. In C. Hornberg, A. Pauli & B. Wrede (Hg.), *Medizin – Gesundheit – Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive* (S. 75-100). Wiesbaden: Springer VS.
- STIEHLER, M. (2016). Gesellschaftliche Zuschreibungsprozesse und ihre Folgen für die Männergesundheit. In C. Hornberg, A. Pauli & B. Wrede (Hg.), *Medizin – Gesundheit – Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive* (S. 51-70). Wiesbaden: Springer VS.

WATTENBERG, I., LÄTZSCH, R., & HORNBERG, C. (2019). Gesundheit, Krankheit und Geschlecht: ein gesundheitswissenschaftlicher Zugang zu Einflussfaktoren und Versorgungssystem. In B. Kortendiek, B. Riegraf & K. Sabisch (Hg.), *Handbuch interdisziplinäre Geschlechterforschung* (S. 1193-1202). Wiesbaden: Springer VS.

WÖLLMANN, T. (2007). Andrologie – Wie die Medizin die Männer ‚entdeckt‘. In M. Dinges (Hg.), *Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800 - ca. 2000* (S. 87-104). Stuttgart: Steiner.

## **Autor\*in**

**Annika Spahn** ist Doktorandin an den Universitäten Freiburg und Basel. Sie forscht zu Heteronormativität in Wissensproduktion, Lehre und Behandlungspraxis der Sexualmedizin. Sie arbeitet als Lehrbeauftragte u. a. an der Technischen Universität Braunschweig und der Dualen Hochschule Baden-Württemberg und koordiniert das Queer Lexikon ([www.queer-lexikon.net](http://www.queer-lexikon.net)).

Kontakt: [annika.spahn@unibas.ch](mailto:annika.spahn@unibas.ch)

## 6. Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in der Gynäkologie

### Adressat\*innen der Gynäkologie

Bei der medizinischen Versorgung von queeren<sup>1</sup> Personen oder spezifisch die gynäkologische Versorgung von queeren Personen sind zwei Aspekte von Bedeutung (→ [Band 1 Gesundheit](#)): Zum einen haben queere Personen dieselben gesundheitlichen Probleme und Anliegen wie heterosexuelle, endo, cis Personen, wobei sie oft einen schlechteren Gesundheitsstatus aufweisen. Zum anderen haben sie spezifische gesundheitliche Anliegen, die z.B. ihre Fertilität und Reproduktion, Hormonersatz-Therapie und sexuell übertragbare Infektionen (STI) betreffen. Grundsätzlich ist über die medizinische Versorgungslage von queeren Personen in Deutschland wenig bekannt. Spezifisch für die gynäkologische Versorgung von queeren cis Frauen, trans\* und inter\* Personen gibt es nur sehr wenige Daten, weswegen in diesem Artikel auf teilweise ältere Befunde oder Zahlen aus den USA zurückgegriffen wird, die also nicht vollständig die aktuelle Lage der gynäkologischen Versorgung von queeren Personen in Deutschland widerspiegelt. Und auch wenn der Anspruch dieses Artikels ist, nicht nur über die gynäkologische Versorgung von lesbischen, endo, cis Frauen zu berichten, sondern auch bisexuelle und asexuelle cis Frauen sowie trans\* und inter\* Personen einzubeziehen, ist auch hier anzumerken, dass zu diesen Gruppen kaum Forschung und wissenschaftliche Literatur existiert. In vielen hier zitierten Forschungen wird nicht zwischen cis und trans sowie endo und inter differenziert – wir vermuten, dass die meiste Forschung zur Versorgung queerer Menschen in der Gynäkologie lesbische, endo, cis Frauen untersucht hat und versuchen dies soweit möglich zu kennzeichnen und mitzudenken.

---

<sup>1</sup> Unter dem Begriff „queer“ werden hier alle Menschen gefasst, die von heteronormativen Vorstellungen zu sexueller Orientierung, romantischer Orientierung, Beziehungsgestaltung und Geschlechtlichkeit abweichen (vgl. Henderson, 2019).

Viele verschiedene Personengruppen im Bereich sexueller und geschlechtlicher Vielfalt (→ [Band 1 Vielfalt](#)) sind Zielgruppen der Gynäkologie: Frauen, die nicht heterosexuell sind, sondern z. B. lesbisch, bisexuell, pansexuell oder asexuell, sowie trans\* Frauen, trans\* Männer, nicht-binäre und inter\* Personen. Außerdem können Frauen, die (auch) Sex mit Frauen haben, und Frauen, die in romantischen Beziehungen mit Frauen sind, sich aber nicht als z. B. lesbisch oder bisexuell definieren, Zielgruppen sein. Nach einigen Schätzungen machen nicht-heterosexuelle, endo, cis Frauen in Deutschland ca. 10 % aller Frauen aus (Seyler & Dennert, 2021), so dass es sich für die Gynäkologie hierbei um einen wichtigen Anteil von Patient\*innen handelt. Es ist wichtig, verschiedene Ebenen der Geschlechtlichkeit einer Person zu differenzieren: Die Geschlechtsorgane, das zugewiesene Geschlecht bei der Geburt, die Geschlechtsidentität, der Geschlechtsausdruck und die gesellschaftlichen Erwartungen an Geschlechter (→ [Band 1 Vielfalt](#)). Diese müssen nicht zwingend gleichermaßen mit Normen von männlich und weiblich übereinstimmen. Menschen aller Geschlechter können auch alle verschiedenen sexuellen Orientierungen haben und u. a. asexuell, heterosexuell, lesbisch, schwul, bisexuell oder pansexuell sein. Die sexuelle Orientierung einer Person korreliert nicht unbedingt damit, mit wem eine Person sexuell aktiv war oder ist oder mit wem diese Person in einer romantischen Beziehung ist (vgl. Watzlawik, 2020). Außerdem ist die sexuelle Orientierung kein Indikator dafür, ob sich diese Person eigene Kinder bzw. eine eigene Schwangerschaft wünscht.

Da Vielfalt von Geschlecht und sexueller Orientierung in Forschung und Klinik noch weitgehend unterrepräsentiert ist, handelt es sich bei den meisten nachfolgenden Punkten nicht um evidenzbasierte Leitlinien zur gynäkologischen Versorgung von queeren Personen, sondern um Empfehlungen und Anregungen, die wir aus der aktuellen Literatur und unserer Erfahrung herleiten. Viele der angesprochenen Aspekte lassen sich auf jede Fachrichtung und ärztliche Tätigkeit anwenden (→ [Band 1 Ärzt\\*innen](#) → [Band 1 Zahnmedizin](#)). In der Gynäkologie besitzen

sie jedoch aufgrund des engen Bezugs zu Sexualität und den damit einhergehenden Tabus und Diskriminierungsformen eine besondere Relevanz. Die ausgesprochenen Empfehlungen erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, sondern sollen lediglich erste Anregungen für einen Einstieg in das Thema bieten.

### **Lesbische, bisexuelle, asexuelle und queere, endo, cis Frauen in der gynäkologischen Versorgung**

Für 10,6 % der lesbischen Frauen in Deutschland ist die\*der Gynäkolog\*in die primäre Ansprechperson bei allen gesundheitlichen Fragen und insgesamt 54 % hatten regelmäßig Kontakt mit ihrer\*ihrer Gynäkolog\*in (Hirsch, Löltgen & Becker, 2016). In einer Studie von Hirsch und Kolleg\*innen (2016) gaben 74,1 % der befragten lesbischen Frauen an, mindestens eine gynäkologische Vorsorge-Untersuchung wahrgenommen zu haben, 13,7 % hatten eine Mammographie und 56,1 % einen Pap-Test<sup>2</sup>. In einer früheren Untersuchung von Dennert (2005) gaben noch 22,4 % der befragten lesbischen Frauen an, nie gynäkologische Vorsorge-Untersuchungen wahrzunehmen. Wie ist nun der Umgang in der gynäkologischen Praxis mit queeren, endo, cis Frauen und welche besonderen Anliegen bringen sie im Vergleich zu heterosexuellen, endo, cis Frauen mit?

Lesbische (und vermutlich auch alle anderen queeren) Frauen begegnen Ärzt\*innen grundsätzlich oft mit Vorsicht und Misstrauen aufgrund von Diskriminierungserfahrungen oder der Erwartung, diskriminiert zu werden und sie beobachten ihre Umgebung, das Setting und das Verhalten des medizinischen Personals, um ihre eigene Sicherheit abschätzen zu können (Dennert & Wolf, 2009; Wolf, 2004). Studien zeigen, je offener queere Frauen über ihre Identität in medizinischen Settings sprechen können, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie im Gesundheitsbereich adäquat wahrgenommen und behandelt werden

---

<sup>2</sup> Bei einem Pap-Test handelt es sich um einen Abstrich vom Gebärmutterhals zur Diagnostik von Veränderungen in der Schleimhaut, die auf Krebs oder dessen Vorstufen hinweisen.

(Kompetenzzentrum Frauen & Gesundheit NRW, 2018). Solange allerdings Ärzt\*innen annehmen, dass alle ihre Patient\*innen endo, cis und heterosexuell sind, besteht das Risiko der Beeinträchtigung der gesundheitlichen Versorgung und in der Folge auch das Risiko einer Fehlversorgung (Seyler & Dennert, 2021). Auch in der Gynäkologie wird davon oft ausgegangen, obwohl Sexualität, Beziehungen und Geschlechtlichkeit zentrale Kategorien dieser Disziplin sind (→ [Gendermedizin](#)).

Doch inwiefern wissen Gynäkolog\*innen über die sexuelle Orientierung ihrer Patient\*innen Bescheid und wie reagieren sie auf ein Coming-Out? Gegenüber ihren Gynäkolog\*innen sind 45,4 % befragter lesbischer Frauen geoutet – im Vergleich dazu sind 39,2 % bei ihrer\*ihrem Hausarzt\*in geoutet (Hirsch et al., 2016). Bisexuelle Frauen outen sich seltener und wenn sie es tun, dann eher als lesbisch, wenn sie aktuell in einer Beziehung mit einer Frau sind, um Vorurteilen gegenüber bisexuellen Personen zu entgehen (Soinio, Paavilainen & Kylmä, 2020). Das zeigt auch: Viele queere Frauen outen sich aus verschiedenen Gründen nicht bei ihren Gynäkolog\*innen. Ein Grund dafür ist, dass sie grundsätzlich als heterosexuell angesprochen werden (z. B. in Anamnese-Fragen → [Kommunikation](#)) und dies aktiv berichtigen müssen. Außerdem haben sie Angst vor der Reaktion des\*der Ärzt\*in (Seyler & Dennert, 2021). Zum Coming-Out bei Gynäkolog\*innen resümieren Bjorkman und Malterud (2009, S. 457, eigene Übersetzung): „Viele Patient\*innen hatten sich zu einem Coming-Out gezwungen gefühlt, während sie in einer verletzlischen Situation waren, wie z. B. bei einer Unterleibsuntersuchung, weil die\*der Ärzt\*in auf eine Erklärung dafür bestand, warum die Patient\*innen keine Schwangerschaftsverhütung bei einem aktiven Sexualleben benötigten. Einige Patient\*innen erhielten medizinische Informationen, die auf heterosexuelle Sexualität abzielten, andere hatten Rezepte für Verhütungsmittel erhalten oder bei ihnen waren Schwangerschaftstests durchgeführt worden, obwohl die Patient\*innen seit langem ihre bestehende lesbische Orientierung offenbart hatten.“

Grundsätzlich wirkt sich allein die Angst vor Diskriminierung oder einer negativen Reaktion auf ein Coming-Out schwerwiegend auf den Aufbau einer vertrauensvollen Behandlungsbeziehung (Dennert & Wolf, 2009 → [Band 1 Beziehung](#)) und weitergehend auf die Inanspruchnahme – auch wichtiger – Untersuchungen und Behandlungen aus (Hirsch et al., 2016). Bei Gynäkolog\*innen finden queere Patient\*innen ein Coming-Out jedoch auch wichtig und sinnvoll, um die richtige und beste gesundheitliche Versorgung zu erhalten (Soinio et al., 2020). Wenn queere Frauen sich bei ihren Gynäkolog\*innen nicht outen, führt dies potentiell zu Verwirrung auf Seiten der Ärzt\*innen „bis hin zu fehlerhaften Differentialdiagnosen und Therapieempfehlungen“ (Dennert & Wolf, 2009, S. 50). Wenn sich lesbische oder bisexuelle Frauen outen, wird dies von Ärzt\*innen nicht immer positiv aufgenommen. Infolgedessen erhalten die Frauen mangelhafte Informationen und Aufklärung, ihnen wird trotz des Coming-Outs Heterosexualität oder Asexualität unterstellt oder sie werden als „kurios“ oder „absonderlich“ wahrgenommen (Dennert & Wolf, 2009). Manche Ärzt\*innen reagieren auf ein Coming-Out auch mit Unbehagen, Vorurteilen, Voyeurismus oder Herablassung oder im Extremfall mit brutalem Vorgehen bei der Behandlung. Manche Ärzt\*innen scheinen anzunehmen, dass alle lesbischen Frauen depressiv seien oder dass die sexuelle Orientierung ihrer Patient\*innen ausschlaggebend für alle möglichen Beschwerden sei (Bjorkman & Malterud, 2009). Auch scheinen einige Gynäkolog\*innen zu denken, dass lesbische Frauen keinen Kinderwunsch hätten und der Uterus für queere Frauen unnötig sei. Deswegen raten sie öfter und schneller zu Hysterektomien (Entfernung des Uterus) als bei heterosexuellen, endo, cis Frauen, z. B. in der Behandlung von Myomen (gutartige Geschwulste; Dennert & Wolf, 2009).

Eine negative Reaktion auf ein Coming-Out oder erlebte Diskriminierung in der Gynäkologie kann schwerwiegende Folgen haben: So gaben in einer deutschen Befragung 7,7 % an, wegen befürchteter Diskriminierung notwendige Untersuchungen oder Behandlungen nicht wahrgenommen zu haben (Hirsch et al., 2016). Über Diskriminierung

im Gesundheitssystem berichteten 12,4 % der Befragten, 3,8 % wurde eine Untersuchung oder Behandlung aufgrund der sexuellen Orientierung verweigert, 11,9 % legten ihre sexuelle Orientierung gegenüber ihren Ärzt\*innen nicht offen, obwohl dies für die Untersuchung oder Behandlung wichtig gewesen wäre, und 16,4 % hatten das Gefühl, über ihre sexuelle Orientierung sprechen zu müssen und wurden vom medizinischen Personal nicht ernst genommen (Hirsch et al., 2016).

Wie ist die gesundheitliche Lage von queeren Personen in Bezug auf die Gynäkologie? Und welche spezifischen Gesundheitsanliegen bringen queere Personen mit? Vorsorge-Untersuchungen wie Mammografien und Pap-Tests werden von queeren, cis Frauen weniger häufig in Anspruch genommen als von heterosexuellen, cis Frauen (Bjorkman & Malterud, 2009; Bowen, Boehmer & Russo, 2019; Dennert & Wolf, 2009). Lesbische, endo, cis Frauen haben im Vergleich zu heterosexuellen, endo, cis Frauen zusätzliche bzw. andere gesundheitliche Anliegen in der gynäkologischen Versorgung. Zu diesen gehören beispielsweise Fragen nach STI und ihren Auswirkungen. Dazu existiert kaum Forschung – und viele Gynäkolog\*innen können auf Fragen wie Übertragungsmöglichkeiten und Safer-Sex-Strategien keine Antworten geben (Pöge et al., 2020). Für alle STI ist eine Übertragungsmöglichkeit beim Sex zwischen zwei Personen mit Vulva möglich (Seyler & Dennert, 2021), darunter auch Humane Papillomviren (HPV), womit das Risiko für Krebs steigt (Bowen et al., 2019). Außerdem gibt es Hinweise auf vermehrtes Auftreten von bakteriellen Vaginosen (Entzündung der Vagina) bei Frauen, die Sex mit Frauen haben, die oft zu einer Infektion von Partner\*innen führen können (Pöge et al., 2020; Seyler & Dennert, 2021). Viele Gynäkolog\*innen scheinen dies nicht zu wissen und verzichten auf Pap-Tests in der Vorsorge bei queeren, cis Frauen. Da queere, cis Frauen seltener schwanger sind und weniger lang stillen, haben sie ein höheres Risiko für verschiedene Formen von Krebserkrankungen wie Brust-, Eierstock- und Endometriumkarzinome (Soinio et al., 2020 → [Band 1 Gesundheit](#)). Ein weiteres wichtiges Thema für die gesundheitliche Versorgung von queeren, endo, cis Frauen ist, dass

diese oft Erfahrungen mit Gewalt – gerade auch sexualisierter Gewalt – gemacht haben, worauf Ärzt\*innen adäquat und sensibel reagieren müssen (Pöge et al., 2020). Außerdem nehmen queere cis Frauen gynäkologische Vorsorge- und Routine-Untersuchungen aus verschiedenen Gründen, insbesondere erwarteter und erlebter Diskriminierung, mangelndem Fachwissen und Kompetenzen bei medizinischem Personal, wohl seltener in Anspruch, so dass Erkrankungen wie Zervixkarzinome (Gebärmutterhalskrebs) bei ihnen erst deutlich später erkannt werden (Pöge et al., 2020), was einen schwereren Verlauf zur Folge haben kann. Gleichzeitig werden „gesundheitliche Beschwerden nicht erkannt [...], da die Leistungserbringer diese teilweise auf die sexuelle Orientierung oder die geschlechtliche Identität der Betroffenen zurückführen“ (Pöge et al., 2020, S. 18).

### **Trans\*, nicht-binäre und inter\* Personen in der gynäkologischen Versorgung**

In Bezug auf trans\* und inter\* Patient\*innen ist die Datenlage zur gesundheitlichen Situation und zur gynäkologischen Versorgung deutlich schlechter als die in Bezug auf queere, endo, cis Frauen. Während sich die gesellschaftliche Akzeptanz von trans\* und inter\* Personen langsam verbessert, werden Ärzt\*innen immer noch nicht (ausreichend) darauf vorbereitet, trans\*, nicht-binäre und inter\* Patient\*innen zu behandeln (Obedin-Maliver & Makadon, 2016 → [Band 1 Ärzt\\*innen](#)).

Zur sexuellen Gesundheit von trans\* Personen in Deutschland liegen aktuell kaum Daten vor (→ [Band 1 Trans\\*](#)). Aus internationalen Studien lässt sich aber beispielweise eine höhere Prävalenz von HIV-Infektionen ableiten (Pöge et al., 2020). Viele Gynäkolog\*innen sind keine Expert\*innen für die gynäkologische Versorgung mit Neo-Vaginas, wie viele trans\* Frauen sie haben, so dass z. B. bei ihnen nur selten ein Pap-Test durchgeführt wird, obwohl auch sie Krebs entwickeln können, darunter beispielsweise auch Brustkrebs während der Behandlung mit Östrogen (de Blok et al, 2019). Solange trans\* Männer und nicht-binäre Personen keine Hysterektomie (Entfernung des Uterus), Adnektomie (Entfernung der Eileiter und der Eierstöcke) oder Mastektomie

(Entfernung von Brustgewebe) hatten, ist es wichtig, regelmäßig gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen wahrzunehmen. Beispielsweise können auch trans\* Männer an Zervixkrebs (Gebärmutterhalskrebs) erkranken, werden aber selten darauf untersucht (Bowen et al., 2019). Trans\* Männer scheinen aber auch – wie queere, endo, cis Frauen – aus Angst vor Diskriminierung insgesamt selten an Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen (Haseen, Kahn, Belton & Roth Bayer, 2020). Zusätzlich zu Vorsorgeuntersuchungen benötigen trans\* und nicht-binäre Patient\*innen außerdem häufig eine kompetente Begleitung bei Transitionsmaßnahmen, wie beispielsweise Hormonersatztherapien. Oft steht aber auch das elektronische Abrechnungssystem einer angemessenen Gesundheitsversorgung von trans\* Menschen im Weg, in dem manche Diagnosen und Interventionen nur bei einem bestimmten Geschlechtseintrag möglich sind, was z. B. bedeutet, dass bei trans\* Männern mit einem männlichen Geschlechtseintrag keine gynäkologischen Leistungen abgerechnet werden können (Houben, Dennert, González Athenas & Ohms, 2019). Aber dies ist nicht die einzige Barriere für die schlechtere Gesundheitsversorgung von trans\* Menschen: „So berichten transgeschlechtliche Frauen und Männer, dass ihnen die Inanspruchnahme von gynäkologischen [...] Untersuchungen, die an ihr biologisches Geschlecht anknüpfen, verweigert wurden“ (Pöge et al., 2020, S. 19).

Viele inter\* Menschen haben mit den Spätfolgen von geschlechtsnormierenden medizinischen Eingriffen (u. a. Hormontherapien, Operationen an den Genitalien, Gonadektomien (Entfernung der Keimdrüsen)) zu kämpfen, die schwerwiegende gesundheitliche Folgen haben können, darunter chronische Schmerzen, Inkontinenz, sexuelle Funktionsstörungen und psychische Erkrankungen (Pöge et al., 2020; vgl. Victorian Department of Health and Human Services, 2019 → [Band 1 Inter\\*](#) → [Band 1 Menschenbild](#)). Hoch problematisch sind auch spezifisch durch medizinische Untersuchungen und Behandlungen ausgelöste Traumata. Gerade deshalb ist es bei inter\* Patient\*innen besonders wichtig, sie aktiv in Entscheidungen einzubeziehen und traumasen-

sibel zu behandeln (Victorian Department of Health and Human Services, 2019). Viele inter\* Menschen wurden gegen ihren Willen sterilisiert oder können ihren Kinderwunsch nicht ohne medizinische Hilfe verwirklichen (Victorian Department of Health and Human Services, 2019). Aber auch analog zu endo, cis Frauen, die Sex mit Frauen haben, geben inter\* Menschen an, keine passenden Safer Sex-Strategien zu haben bzw. darüber nur unzureichend aufgeklärt worden zu sein (Victorian Department of Health and Human Services, 2019). In Bezug auf Inter\* existieren viele, auch widersprüchliche Vorurteile und Annahmen, die eine gute medizinische Versorgung erschweren. Hierbei zeigt sich exemplarisch, wie wichtig es ist, dass Mediziner\*innen zur Vielfalt von Geschlechtlichkeit und Varianten der Geschlechtsentwicklung ausgebildet sind (→ [Band 1 Medizinpädagogik](#)).

### **Eine einladende Atmosphäre: Queerfreundlichkeit in der Gestaltung Ihrer Praxis schaffen**

Schon die Berücksichtigung kleiner Maßnahmen kann durch das Schaffen einer angenehmen und einladenden Atmosphäre dazu beitragen, Diskriminierung für queere Patient\*innen zu reduzieren und eine vertrauensvolle Behandlungsbeziehung aufzubauen. Das hierfür wohl wichtigste Werkzeug ist Sprache (→ [Band 1 Sprache](#)). Sprache schafft die Kategorien, innerhalb welcher sich gesellschaftliches Leben abspielt und schafft somit auch einen Zwang, sich in diese Kategorien einzuordnen. Um diesen Zwang und damit einhergehenden Stress für Ihre Patient\*innen zu verringern, sollten Sie Suggestivfragen vermeiden, wie z. B.: „Haben Sie einen Partner/Ehemann?“. Fragen Sie stattdessen eher „Sind Sie in einer romantischen Beziehung?“, „(Mit Menschen welchen Geschlechts) Sind Sie sexuell aktiv?“ oder „Ist Verhütung ein Thema für Sie?“ (vgl. Seyler & Dennert, 2021 → [Kommunikation](#)). Dies lässt Ihren Patient\*innen mehr Raum, frei über verschiedene Beziehungs- und Familienkonzepte und Partner\*innen zu sprechen. Das Ziel sollte es sein, heteronormative Strukturen (→ [Band 1 Vielfalt](#)) aufzubrechen und sie nicht zu reproduzieren. Außerdem können Sie durch die exakte Be-

nennung von Organen und Körperteilen (z. B. „Vulva“, „Uterus“) vergeschlechtlichte Formulierungen wie „weibliche Geschlechtsorgane“ vermeiden und so trans\*- und inter\*inklusiv sprechen. Seien Sie außerdem aufmerksam dafür, welche Selbstbezeichnungen Ihre Patient\*innen in Bezug auf ihre Geschlechtsidentität, ihre Pronomen und auch für ihre Geschlechtsorgane benutzen und fragen Sie im Zweifelsfall lieber einmal mehr nach. Sie sollten dann auch exklusiv die richtigen Pronomen, Anreden und Bezeichnungen für ihre Patient\*innen nutzen.

Überprüfen Sie auch Ihre Öffentlichkeitsarbeit (Webseite, Visitenkarte etc.): Schreiben Sie nur davon, dass Sie Frauen behandeln? Oder kommen z. B. auch trans\* und inter\* sowie nicht-binäre Personen in Vorstellungstexten ihrer Praxis vor? Sie können auch explizit auf Ihrer Webseite darauf hinweisen, dass Sie offen gegenüber queeren Patient\*innen sind und diese gerne bei sich begrüßen. Manche queere Patient\*innen wünschen sich von ihren Gynäkolog\*innen auch extra Sprechstunden, z. B. für Lesben oder für trans\* Personen.

Besonders sei hier außerdem der sensible Umgang mit der Privatsphäre Ihrer Patient\*innen erwähnt. Bedenken Sie, dass es manche Menschen aufgrund von Stigmata und Diskriminierungserfahrungen (→ [Band 1 Vorurteile](#)) vorziehen, in ihrem Umfeld nicht über ihre Geschlechtlichkeit und ihre sexuelle Orientierung zu sprechen. Achten Sie daher darauf, niemanden unfreiwillig zu outen. Damit ist nicht gemeint, diese Personen mit Samthandschuhen anzufassen und aufgrund ihrer Geschlechtlichkeit oder ihrer sexuellen Orientierung anders zu behandeln. Versuchen Sie, einen professionellen und natürlichen Umgang mit Ihren Patient\*innen zu haben – Sexualität ist für fast alle ein intimes Thema und sollte auch so behandelt werden – unabhängig von Geschlecht und sexueller Orientierung.

Um das Offensichtliche noch einmal zu betonen: Gehen Sie in der Interaktion mit Patient\*innen nicht davon aus, dass alle Patient\*innen endo, cis und heterosexuell sind. In diesem Kontext ist es wichtig, dass Sie in der Lage sind, sich Ihre eigenen Unsicherheiten, Einstellungen, Vorurteile und Wissenslücken bewusst zu machen, da diese Ihr ärzt-

liches Handeln beeinflussen. Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, sich selbst und Ihre Mitarbeitenden zu Themen der sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt fortzubilden (→ [Lebensort Vielfalt](#) → [Praxis Vielfalt](#)) und Ihre Praxisstrukturen regelmäßig auf queerbezogene Inklusivität kritisch zu prüfen (→ [Diversity Management](#)).

Queerfreundlichkeit bei der Anmeldung, Aufnahme und Anamnese

Bei der Anmeldung und Aufnahme Ihrer Patient\*innen kommen vor allem die erwähnten Aspekte der Sprachsensibilität zum Tragen. Achten Sie darauf, dass der Anmeldebogen verschiedene Optionen für die Auswahl des Geschlechts und der vergeschlechtlichten Anrede (z. B. „Herr“/„Frau“ oder einfach Vorname und Nachname), der sexuellen Orientierung und der Sexualpartner\*innen bietet. Die hier von Patient\*innen verwendeten Begriffe und Pronomen sollten auch in der weiteren Dokumentation und beispielsweise beim Aufrufen der Patient\*innen aus dem Wartezimmer beibehalten werden.

Das Ambiente ihrer Praxis hat weitergehend einen großen Einfluss darauf, ob ihre Patient\*innen sich bei Ihnen wohlfühlen. Nutzen Sie auch Ihren Wartebereich dafür, zu signalisieren, dass sie offen gegenüber queeren Patient\*innen sind. Dazu gehören z. B. spezifische Informationsangebote wie Flyer, die sich an queere Patient\*innen richten (z. B. zu STI bei Frauen, die Sex mit Frauen haben). Achten Sie außerdem auf Diversität, z. B. in den Bildern bei den ausliegenden Informationsmaterialien. Für solche Informationsmaterialien können Sie sich auch mit spezifischen Beratungsstellen, Coming-Out-Gruppen etc. vernetzen und auf diese weiterverweisen. Aber auch eine Regenbogenfahne als Dekoration an der Wand o. ä. signalisiert queeren Patient\*innen, dass sie bei Ihnen willkommen sind.

Um sich Themen der Sexualität, der Geschlechtlichkeit und sexuellen Orientierung zu nähern und keine relevanten Informationen zu verpassen, ist ein häufig vernachlässigtes, aber dennoch wichtiges Diagnose-Tool die Sexualanamnese. Viele Patient\*innen wünschen sich, von ihren Ärzt\*innen öfter zu ihrer Sexualität befragt zu werden

(Meystre-Agustoni et al., 2011). Wie die meisten der hier aufgeführten Empfehlungen gilt auch dies grundsätzlich nicht nur für queere Menschen, kann jedoch für bestimmte Personengruppen aus der queeren Community eine besondere Relevanz haben. So kann beispielsweise nach einer operativen Transition bei trans\* Personen das Risiko für sexuelle Funktionsstörungen erhöht sein und eine Hormontherapie kann je nach Wirkstoff unterschiedliche Auswirkungen auf das sexuelle Verlangen haben (Holmberg, Arver & Dhejne, 2019). Bleiben Sie informiert und öffnen Sie für Ihre Patient\*innen den Raum, diese Themen anzusprechen.

Queerfreundlichkeit bei Routine-Beratungsanlässen für Verhütung und Schwangerschaft  
Was eigentlich in jeder Behandlungs- und Untersuchungssituation selbstverständlich sein sollte, ist es leider oft nicht: Kündigen Sie genau an, was Sie machen und warten Sie das Einverständnis Ihrer Patient\*innen ab. Insbesondere bei der Untersuchung von intimen Körperregionen, z. B. bei der vaginalen Untersuchung, kann ein unsensibles Vorgehen als unangenehm, schlimmstenfalls sogar als (re)traumatisierend empfunden werden. Dies gilt insbesondere für Menschen, die in der Vergangenheit schon aufgrund ihrer Körper und ihres Geschlechts Diskriminierung, Ablehnung oder Gewalt erfahren haben (Tillman, 2020).

Ein häufiger Beratungsanlass in der gynäkologischen Praxis ist das Thema Verhütung. Hier gilt: Es existieren noch weitere Verhütungsmethoden neben der Pille und die können insbesondere für Menschen, deren Sexual- und Beziehungsverhalten von der endo-, cisgeschlechtlichen und heterosexuellen Norm abweichen, eine interessante Alternative darstellen. Seien Sie offen für die Bedürfnisse Ihrer Patient\*innen und tappen Sie nicht in die Falle, aufgrund der ersten Erscheinung Ihrer Patient\*innen vorauszusetzen, dass z. B. Schwangerschaftsverhütung oder STI-Prävention im Fokus stehen. So ist es z. B. so, dass bei einer Hormonbehandlung einer trans\* Person die Fruchtbarkeit zwar eingeschränkt, aber dennoch erhalten sein kann und Safer Sex

daher je nach Partner\*in und Praktiken weiterhin eine Rolle spielen kann (Mancini, Alvisi, Gava, Seracchioli & Meriggiola, 2021). Und auch wenn keine Möglichkeit für eine Schwangerschaft besteht, so geht es bei Verhütung ebenfalls um STI-Prävention, weshalb Lecktücher(/Dental Dams), die z. B. beim Oralverkehr auf Anus oder Vulva gelegt werden können, für manche Menschen ein sinnvolles Verhütungsmittel darstellen. Außerdem können Sie von der Selbstdefinition einer Person nicht vorhersagen, ob und wie diese Person sexuell aktiv ist. So haben z. B. 70 bis 90 % der lesbischen Frauen bereits sexuelle Erfahrungen mit Männern gesammelt (O’Hanlan & Isler, 2007). Klären Sie Ihre Patient\*innen darüber auf, welche Risiken mit welchen Verhaltensweisen einhergehen, ohne jedoch „von der Norm abweichende“ Verhaltensweisen zu stigmatisieren. Weisen Sie außerdem darauf hin, dass die Möglichkeit von STI-Tests besteht und ermutigen Sie Ihre Patient\*innen zu einem verantwortungsvollen Umgang mit sich selbst und ihren Sexualpartner\*innen.

Ähnliches wie beim Thema Safer Sex und Verhütung gilt auch beim Thema Kinderwunsch. Seien Sie offen und unterstützend bezüglich individueller Bedürfnisse. In unserer Gesellschaft ist Schwangerschaft sehr mit Muttersein und Weiblichkeit verknüpft. Dies führt einerseits dazu, dass von weiblich gelesenen Menschen mit Uterus häufig erwartet wird, dass sie irgendwann Kinder möchten. Auf der anderen Seite lässt es wenig Raum für Konzepte von Elternschaft und Familie abseits der heteronormativen Kernfamilie. Schwangerschaft ist nicht „Frauensache“. Haben Sie, wie auch bei Verhütung und Familienplanung, stets im Kopf, dass z. B. auch trans\* Männer, unabhängig von einer Transition, schwanger werden können und wollen und ihnen eine entsprechende Beratung und Schwangerschaftsbetreuung zusteht (→ [Band 1 Geburtshilfe](#)), ebenso wie das Recht auf sicheren Schwangerschaftsabbruch, wenn sich von der schwangeren Person dazu entschieden wurde (Moseson et al., 2021). Versuchen Sie daher, Ihren Patient\*innen unvoreingenommen zu begegnen, wenn Sie sie bezüglich Familienplanung beraten. Auch während einer Schwangerschaft ist

Sensibilität geboten: Zur zweiten Ultraschalluntersuchung kann häufig schon erahnt werden, ob das Ungeborene einen Penis oder eine Vulva hat, was nicht selten dazu führt, dass dem Baby, noch bevor es geboren wurde, ein Geschlecht zugeschrieben wird und damit verbundene gesellschaftliche Erwartungen aufgebürdet werden. Seien Sie sich bewusst, dass nicht die körperlichen Geschlechtsmerkmale allein darüber entscheiden, welche Geschlechtsidentität eine Person hat (→ [Band 1 Vielfalt](#)). Hinzu kommt die Tatsache, dass es neben Vulva und Penis weitere Varianten der genitalen Anatomie gibt (→ [Band 1 Inter\\*](#) → [Band 1 Menschenbild](#)). Bei (neugeborenen) inter\* Kindern – zum Teil nach unzureichender Aufklärung der Eltern – sind geschlechtsnormierende Operationen weit verbreitet, mit dem Zweck, das Genital eindeutig an das männliche oder weibliche Geschlecht anzupassen, obwohl dies nicht mehr den medizinischen Standards entspricht (Siminoff & Sandberg, 2015) und inzwischen juristisch in Deutschland explizit verboten ist (§ 1631e BGB Gesetz zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung). Diese Eingriffe können nachhaltig negative Auswirkungen auf die psychische, somatische und sexuelle Gesundheit der Betroffenen haben. Seien Sie sich dieser Herausforderung bewusst und beraten Sie die werdenden Eltern informiert und sensibel, wenn sich eine solche Situation bereits während einer von Ihnen betreuten Schwangerschaft abzeichnet. Um informiert zu bleiben und als Anlaufstelle für Elternberatung empfiehlt sich die Vernetzung mit Expert\*innen, wie z. B. dem Verein Intergeschlechtliche Menschen.

### **Fazit**

In diesem Artikel wurden Anregungen gegeben, wie eine gynäkologische Praxis queerfreundlicher gestaltet werden kann. Einige davon erfordern viel Arbeit, andere nicht. Eine Meta-Analyse von Dahl, Fylkesnes, Sørli und Malterud (2013) über die Interaktion von Ärzt\*innen und Personen in der Geburtshilfe mit lesbischen, endo, cis Frauen ergab: Schon kleine Gesten der Unterstützung, wie die Anerkennung eines Coming-Outs oder der Patientin und ihrer Frau als ganz ge-

wöhnliche Familie, beschrieben die Patient\*innen als sehr wichtig. Houben und Kolleg\*innen (2019) gaben queeren Frauen und trans\* Personen die Möglichkeit, zu formulieren, wie sie sich eine gute Gesundheitsversorgung vorstellten: „Als positive Vision schilderten die Teilnehmer\_innen eine Versorgungspraxis, in der Personen mit ihren Lebensentscheidungen und ihrer Körperlichkeit akzeptiert, Interaktionen respektvoll gestaltet und körperliche und psychische Grenzen gewahrt und geschützt werden. Darin nehmen Behandler\_innen gesundheitliche Anliegen ernst, verfügen über das nötige Fachwissen und die erforderlichen psychosozialen Kompetenzen, um eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zu fördern. Weiter ermöglichen sie es [...] Patient\_innen, aktiv zur eigenen Gesundheit beizutragen“ (S. 115). Queere Patient\*innen verdienen eine gute gesundheitliche Versorgung in der Gynäkologie und einen Raum, um angstfrei über Fragen von Identität, Familienplanung, Gesundheit usw. sprechen zu können. Tragen Sie dazu bei, dass sich die gesundheitliche Situation von queeren Patient\*innen verbessert!

## Literatur

- BJORKMAN, M., & MALTERUD, K. (2009). Lesbian Women's Experiences with Healthcare: A Qualitative Study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27, 238-243. <https://doi.org/10.3109/02813430903226548>
- BOWEN, D., BOEHMER, U., & RUSSO, M. (2019). Cancer and Sexual Minority Women. In J. S. Schneider, V. M. B. Silenzio & L. Erickson-Schroth (Hg.), *The GLMA Handbook on LGBT Health. Volume 2* (S. 523-538). Santa Barbara, CA: Praeger.
- DAHL, B., FYLKESNES, A. M., SØRLIE, V., & MALTERUD, K. (2013). Lesbian Women's Experiences with Healthcare Providers in the Birthing Context. *Midwifery*, 29, 674-681. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.008>
- DE BLOK, C. J. M., WIEPJES, C. M., NOTA, N. M., VAN ENGELEN, K., ADANK, M. A., DREIJERINK, K. M. A., ET AL. (2019). Breast Cancer Risk in Transgender People Receiving Hormone Treatment: Nationwide Cohort Study in the Netherlands. *BMJ*, 365, Artikel 1652. <https://doi.org/10.1136/bmj.11652>
- DENNERT, G. (2005). *Die gesundheitliche Situation lesbischer Frauen in Deutschland*. Herbolzheim: Centaurus Verlag.
- DENNERT, G., & WOLF, G. (2009). Gesundheit lesbischer und bisexueller Frauen. Zugangsbarrieren im Versorgungssystem als gesundheitspolitische Herausforderung. *Femina Politica*, 18, 48-59.
- HASEEN, B., KAHN, A., BELTON, A., & ROTH BAYER, C. (2020). Health Care for Transgender Men: What is Missing in OB/GYN Care? *Journal of Lower Genital Tract Disease*, 24, 232-233. <https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000507>

- HENDERSON, B. (2019). *Queer Studies. Beyond Binaries*. New York, NY: Harrington Park Press.
- HIRSCH, O., LÖLTGEN, K., & BECKER, A. (2016). Lesbian Women's Access to Healthcare, Experiences with and Expectations Towards GPs in German Primary Care. *BMC Family Practice*, 17, Artikel 162. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0562-4>
- HOLMBERG, M., ARVER, S., & DHEJNE, C. (2019). Supporting Sexuality and Improving Sexual Function in Transgender Persons. *Nature Review Urology*, 16, 121-139. <https://doi.org/10.1038/s41585-018-0108-8>
- HOUBEN, M., DENNERT, G., GONZÁLEZ ATHENAS, M., & OHMS, C. (2019). Gesundheit „jenseits der Mann/ Frau-Binarismen“. Bedarfe an eine nicht-normative Versorgung in Bezug auf Körper, Geschlecht und sexuelle Orientierung. In M. A. Appenroth & M. d. M. Castro Varela (Hg.), *Trans & Care. Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung* (S. 103-123). Bielefeld: Transcript.
- KOMPETENZZENTRUM FRAUEN & GESUNDHEIT NRW (2018). *Lesben – Gewalt, Diskriminierung, Gesundheit*. Bochum: Kompetenzzentrum Frauen & Gesundheit NRW. [https://www.gesine-intervention.de/wp-content/uploads/KFG\\_NRW\\_Faktenblatt\\_Lesben\\_Gewalt\\_Gesundheit\\_9\\_2018.pdf](https://www.gesine-intervention.de/wp-content/uploads/KFG_NRW_Faktenblatt_Lesben_Gewalt_Gesundheit_9_2018.pdf)
- MANCINI, I., ALVISI, S., GAVA, G., SERACCHIOLI, R., & MERIGGIOLA, M. C. (2021). Contraception Across Transgender. *International Journal of Impotence Research*. <https://doi.org/10.1038/s41443-021-00412-z>
- MEYSTRE-AGUSTONI, G., JEANNIN, A., DE HELLER, K., PÉCOUD, A., BODENMANN, P., & DUBOIS-ARBER, F. (2011). Talking about Sexuality with the Physician: Are Patients Receiving What They Wish? *Swiss Medical Weekly*, 141, Artikel w13178. <https://doi.org/10.4414/smw.2011.13178>
- MOSESON, H., FIX, L., HASTINGS, J., STOEFFLER, A., LUNN, M. R., FLENTJE, A., ET AL. (2021). Pregnancy Intentions and Outcomes among Transgender, Nonbinary, and Gender-Expansive People Assigned Female or Intersex at Birth in the United States: Results from a National, Quantitative Survey. *International Journal of Transgender Health*, 22, 30-41. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1841058>
- O'HANLAN, K. A., & ILSER, C. M. (2007). Health Care of Lesbians and Bisexual Women. In I. H. Meyer & M. E. Northridge (Hg.), *The Health of Sexual Minorities. Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations* (S. 506-522). New York, NY: Springer.
- OBEDIN-MALIVER, J., & MAKADON, H. J. (2016). Transgender Men and Pregnancy. *Obstetric Medicine*, 9, 4-8. <https://doi.org/10.1177%2F1753495X15612658>
- PÖGE, K., DENNERT, G., KOPPE, U., GÜLDENRING, A., MATTHIGACK, E. B., & ROMMEL, A. (2020). Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. *Journal of Health Monitoring*, 5(S1), 1-30. <https://doi.org/10.25646/6448>
- SEYLER, H., & DENNERT, G. (2021). Betreuung von lesbischen und bisexuellen Patientinnen in der Gynäkologie und Geburtshilfe. *Der Gynäkologe*, 54, 457-464. <https://doi.org/10.1007/s00129-021-04800-w>
- SIMINOFF, L., & SANDBERG, D. (2015). Promoting Shared Decision Making in Disorders of Sex Development (DSD): Decision Aids and Support Tools. *Hormone and Metabolic Research*, 47, 335-339. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1545302>
- SOINIO, J. I. I., PAAVILAINEN, E., & KYLMÄ, J. P. O. (2020). Lesbian and Bisexual Women's Experiences of Health Care: "Do Not Say 'Husband', Say 'Spouse'". *Journal of Clinical Nursing*, 29, 94-106. <https://doi.org/10.1111/jocn.15062>
- TILLMAN, S. (2020). Consent in Pelvic Care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65, 749-758. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13189>
- VICTORIAN DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2019). *Health and Wellbeing of People with Intersex Variations. Information and Resources Paper*. Melbourne: State of Victoria. <https://www2.health.vic.gov.au/about/populations/lgbti-health/health-of-people-with-intersex-variations>

WATZLAWIK, M. (2020). Sexuelle Orientierungen und Geschlechtsidentitäten: Thinking outside the box(es)? Überlegungen aus entwicklungspsychologischer Perspektive. In S. Timmermanns & M. Böhm (Hg.), Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Interdisziplinäre Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis (S. 22-39). Weinheim: Beltz Juventa

WOLF, G. (2004). Erfahrungen und gesundheitliche Entwicklungen lesbischer Frauen im Coming-Out-Prozess. Herbolzheim: Centaurus Verlag.

## **Autor\*innen**

**Annika Spahn** ist Doktorandin an den Universitäten Freiburg und Basel. Sie forscht zu Heteronormativität in Wissensproduktion, Lehre und Behandlungspraxis der Sexualmedizin. Sie arbeitet als Lehrbeauftragte u. a. an der Technischen Universität Braunschweig und der Dualen Hochschule Baden-Württemberg und koordiniert das Queer Lexikon ([www.queer-lexikon.net](http://www.queer-lexikon.net)).  
Kontakt: annika.spahn@unibas.ch

**Lena Ellenberger** ist Doktorandin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg und an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Dort forscht sie in der Arbeitsgruppe Female Desire zu geschlechtsbezogenen Inhalten in der sexualmedizinischen Lehre im Medizinstudium. Sie studiert Medizin in Freiburg und schreibt als Autorin im Bereich der Sexualaufklärung.  
Kontakt: lena.ellenberger@charite.de



---

Melanie Misamer & Marcel Hackbart

## **7. Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit mit Bezügen zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt**

*„Die sozialen, ökonomischen und kulturellen Lebensverhältnisse prägen ganz offensichtlich die Chancen, die in der Folge dazu führen, eher günstige oder eher ungünstige Voraussetzungen für die Entwicklung einer Gesundheitsdynamik im Lebenslauf zu entfalten.“*

(Hurrelmann, 2010, S. 33)

*„Gesundheit ist ein gesellschaftlicher Zentralwert.  
Und doch ist sie äußerst ungleich verteilt.  
Gesundheitliche und soziale Ungleichheit gehen Hand in Hand.“*

(Lützenkirchen, 2005, S. 7)

### **Warum Soziale Arbeit mit Gesundheitsbezug?**

Die Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession kann auch als Gerechtigkeitsprofession bezeichnet werden, denn Soziale Arbeit bezieht sich u. a. auf Aspekte der Sozialpolitik, auf das demokratische Selbstverständnis und auf die hiermit verbundene kritische Haltung, die stets auf Achtung, Berücksichtigung und Einhaltung der Menschenrechte fokussiert. Hier sind Sozialarbeiter\*innen – neben ihren Individualaufträgen mit Klient\*innen, Familien, Gruppen – auch Akteur\*innen gesellschaftlicher Teilhabe und Inklusion, die sich mit der selbstständigen Lebensführung für die Gesamtheit auseinandersetzt (Maaser, 2015). In ihren berufsethischen Prinzipien bezieht sich die Soziale Arbeit grundlegend auf die Beachtung der Menschenrechte (Berufsethische Prinzipien des Deutschen Berufsverbands für Soziale Arbeit (DBSH), 2014, und der National Association of Social Workers (NASW), 2017). Die Dienstleistungen Sozialer Arbeit werden unabhängig von z. B. Nationalität, Religion, Weltanschauung, Kultur und Geschlecht er-

bracht. Hierunter kann in einer weiten Auffassung auch die sexuelle Orientierung einsortiert werden, auch wenn sie explizit nicht genannt wird. Ferner wird sich für die Rechte von Menschen, die Förderung von Selbstbestimmung und Teilhabe sowie gegen Diskriminierung positioniert (DBSH, 2014) und das auch explizit im Gesundheitsbereich beispielsweise in der Rehabilitation (am Beispiel von der Fürsorge zur Selbstbestimmung/Teilhabe, Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG), o. J. b).

Soziale Arbeit, die unter Beachtung dieser berufsethischen Prinzipien arbeitet, strebt an, ein professionelles und gerechtigkeitsbasiertes Selbstverständnis zu entwickeln, um bestmöglich die Vorgaben der Sozialpolitik mit den individuellen Ansprüchen ihrer Zielgruppe in Einklang zu bringen. Das ethische Alltagsbewusstsein, das durch die tägliche, integrierte Arbeit mit berufsethischen Prinzipien ausgebaut wird, stärkt die professionelle Identitätsbildung von Sozialarbeiter\*innen hin zu einer menschenrechtsachtenden und gerechtigkeitsbasierten Haltung (Maaser, 2015).

Die heutige biopsychosoziale Idee von Gesundheit – im Vergleich zur rein biomedizinischen Gesundheitsidee (→ *Salutogenese*) – beeinflusst die Berufsfelder und das Aufgabenspektrum Sozialer Arbeit. Es sind ca. 25 % der Sozialarbeiter\*innen in Feldern des Gesundheitswesens beschäftigt (Homfeld, 2012). Diese Tendenz steigt allerdings (Blankenburg & Cosanne, 2019), so dass der Bedarf an Sozialarbeiter\*innen im Gesundheitswesen stetig zunimmt. Ein Grund für die starke Beschäftigung von Sozialarbeiter\*innen im Gesundheitsbereich sind gesundheitliche Ungleichheiten in gesundheitsbezogenen Handlungsfeldern (Homfeld, 2012).

In sozialen Arbeitsbereichen und Präventionskampagnen werden insbesondere vulnerable Personen(-gruppen) angesprochen und unterstützt (→ *Prävention*). Der Sozialen Arbeit ist es mit ihren Methoden gelungen, Menschen anzusprechen und zu unterstützen, die sozial verletzlich oder verletzt sind. Diese Menschen sind nicht immer in der Lage, (Arbeits-)Beziehungen aufzubauen, zu halten und haben zudem

großen Unterstützungsbedarf (Dettmers, 2015). Die Gesundheitssituation von Personen mit niedrigerem sozioökonomischem Status verbessert sich langsamer, ihre gesundheitlichen Chancen sind geringer und sie verbringen weniger Lebensjahre in Gesundheit als der Rest der Bevölkerung (Lampert, 2020; Richter & Hurrelmann, 2009). Dabei stehen schlechtere Ausgangssituationen in Zusammenhang mit dem Gesundheitsstatus und dem gesundheitsbezogenen Verhalten. Auffällig ist, so Hurrelmann (2010), dass eine verstärkte Verbreitung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen, wie Fehlernährung oder Rauchen, und eine höhere Morbidität hinsichtlich der meisten Krankheiten in ärmeren und sozial benachteiligten Gruppen zu finden sind (s. a. Lampert, 2020). Gleichzeitig gibt es vielfältige Angebote und Maßnahmen, die zur Förderung, zum Erhalt und der Wiederherstellung von Gesundheit dienen (Aner & Hammerschmidt, 2018), deren Zugang aus verschiedensten Gründen für gerade die o. g. Personengruppen jedoch erschwert ist.

Die gesundheitsförderlichen Angebote befassen sich im Kontext von gesundheitsbezogenen Hilfen beispielsweise mit Armut, Krankheit, Gefährdung, Behinderung und sozialer Benachteiligung (Homfeld, 2012) – wie sie auch bei queeren<sup>1</sup> Menschen vorzufinden sind (→ [Band 1 Gesundheit](#) → [Band 1 Intersektionalität](#) → [Band 1 Vielfalt](#)). Sie haben das Ziel, gesellschaftliche Teilhabe- und Bestimmungsmöglichkeiten zu erhöhen, um eben diese Ungleichheiten zu reduzieren (→ [Empowerment](#)). So richten sich die Angebote an erkrankte oder von Erkrankung bedrohte Menschen, damit diese ihre alltagsbezogene Balance halten oder erneut herstellen und in ihren lebensweltlichen Bezügen weiter agieren können. Durch lebensweltorientierte Unterstützung sind dabei eine Verbesserung der Lebensqualität und eine Verminderung der gesundheitlichen Ungleichheiten möglich (Homfeld, 2012).

---

<sup>1</sup> Unter dem Begriff „queer“ werden hier alle Menschen gefasst, die von heteronormativen Vorstellungen zu sexueller Orientierung, romantischer Orientierung, Beziehungsgestaltung und Geschlechtlichkeit abweichen (vgl. Henderson, 2019).

## **Worum geht es bei Sozialer Arbeit mit Gesundheitsbezug?**

Die Definition von Sozialer Arbeit der International Federation of Social Workers (IFSW, 2014) lieferte die (ethische) Grundlage für die Richtlinien des DBSH (2014). Hierin ist festgelegt, dass Soziale Arbeit u. a. die Achtung der Vielfalt, die Menschenwürde und der Sozialen Gerechtigkeit in den Mittelpunkt ihrer Arbeit stellt. Bei Sozialer Arbeit mit Gesundheitsbezug geht es um die Förderung der sozialen Teilhabe von erkrankten bzw. von Erkrankung bedrohten Menschen, von Menschen mit Behinderung bzw. Beeinträchtigung und auch ihren Angehörigen – und das in ihrer jeweiligen Lebenswelt (Dettmers, 2015). Gesundheitlich vulnerable Personen(-gruppen) sollen u. a. mittels der Sozialen Arbeit unterstützt werden, so dass sie ihre sozialen Herausforderungen – die aus gesundheitlichen Beeinträchtigungen entstehen bzw. die zu Erkrankungen führen können – verhindern und/oder bewältigen können. Dabei sollen die Menschen in der Interaktion zur eigenen Lebensumwelt im Fokus stehen.

Es geht bei der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit auch um nicht-fallbezogene Tätigkeiten wie Vernetzung zwischen dem Sozial- und Gesundheitssystem, aber auch interprofessionelle Kooperation zwischen den verschiedenen Akteur\*innen. Weitere nicht-fallbezogene Tätigkeiten sind Konzeptentwicklung und Forschung. Auch geht es um die Benennung psychosozialer Folgen von gesundheitlichen Einschränkungen für Betroffene, für ihre sozialen Netzwerke und für unsere Gesellschaft. Es sollen Bedingungen für soziale Teilhabe im Kontext von Integration und Inklusion vorangetrieben werden (Dettmers, 2019). Das kann beispielsweise die Beschäftigung mit Folgen sozialer Ungleichheit und Ausgrenzung sein, wie u. a. mehrdimensionale Diskriminierungserfahrungen queerer Menschen mit Behinderung bzw. Beeinträchtigung (→ [Beeinträchtigung](#)).

Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit ist in verschiedensten klassischen Arbeitsfeldern Sozialer Arbeit, aber auch in konkreten Feldern der Gesundheitsversorgung zu finden (Dettmers, 2015). Denn Soziale Arbeit weist für gesundheitsbezogene Themen vielfältige Kompeten-

zen auf (Daiminger, 2015). Dabei galt Soziale Arbeit bisher nicht als Gesundheitsberuf, obwohl inhaltliche Bezüge zu den Gesundheitsberufen als Bindeglied zur Gesundheitsförderung und der Krankenversorgung bestehen (Mitterlechner, 2016). Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit kann in direkter dyadischer Interaktion mit den Adressat\*innen (z.B. in der Einzelfallhilfe mit der Erstellung sozialer Diagnosen, Hilfeplanung, Krisenintervention und Beratung) oder strukturbezogen aktiv sein (z.B. in der sozialen Gruppen- oder Gemeinwesenarbeit mit Sozialraumplanung; Dettmers, 2015).

Soziale Arbeit ist „nah dran“. Der Zugang zu Zielgruppen, der von anderen Professionen erst mühsam geschaffen werden muss, ist meist bereits vorhanden (Liel & Rademaker, 2018), wie z.B. im Kontext von HIV (u. a. Präventionsangebote für Männer, die Sex mit Männern haben → Empowerment). Zudem bietet Soziale Arbeit eine ergänzende Perspektive zur medikamentösen oder psychotherapeutischen Sichtweise, indem sie Lebenslagen und Lebensweisen in den Blick nimmt. Bezogen auf Erkrankungen (akut vorliegende wie auch chronische), sozialepidemiologische Ergebnisse, soziale und gesundheitliche Ungleichheiten sowie die Resilienz- und Salutogeneseforschung (→ Salutogenese) zur Gesundheitsförderung und Prävention (→ Prävention) erbringt Soziale Arbeit mit ihren Angeboten einen Beitrag zur multiprofessionellen Zusammenarbeit – insbesondere dann, wenn Teilhabechancen gesundheitlich eingeschränkte oder von Funktionsstörungen bedrohte Personen fokussiert werden (Dettmers, 2015; vgl. Wirtz, Kohlmann & Salewski, 2018).

Gerade in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit bedarf es evidenzbasiertes Wissen und Best-Practice-Konzepte der interdisziplinären Zusammenarbeit, damit diese wiederholt und Reibungsverluste zwischen den verschiedenen Disziplinen minimiert werden können. Der Geltungsbereich gesundheitsbezogener Sozialarbeit beinhaltet nach Dettmers (2015) die wesentlichen Settings Sozialer Arbeit in der Gesundheitsversorgung im medizinischen und psychologischen Bereich, wie z.B. medizinischen Akutversorgung (z.B. Psychiatrie, Psy-

chosomatik und Somatik), medizinische und sozialen Rehabilitation, Onkologie und Geriatrie, Sozial- und Gemeindepsychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychotherapie. Auch in klassischen Settings Sozialer Arbeit sind Gesundheitsbezüge zu finden, wie beispielsweise Jugendhilfe (Dettmers, 2015), Wohngruppenarbeit, Arbeit im Rahmen von Familienhilfe, Schulsozialarbeit, Arbeit im Rahmen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Behindertenhilfe (→ [Beeinträchtigung](#)), Beratung zu HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (→ [Empowerment](#)), Drogen- und Suchthilfe (→ [Sucht](#)), Arbeit im Rahmen von Frauengesundheitszentren sowie Hospizarbeit (Homfeld, 2012).

An der allgemeinen Darstellung der Handlungsfelder gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit wird an einigen Stellen indirekt (wie Jugend- oder Familienhilfe), an anderen Stellen offensichtlich (HIV- und STI-Beratung) klar, dass sexuelle und geschlechtliche Vielfalt auch bedeutsam sind. Deshalb sollte dieser Vielfalt auch Rechnung getragen, stärker in den Blick genommen und nicht vernachlässigt werden, wenn es um soziale Gerechtigkeit und Menschenwürde aller geht, wie es in den Leitlinien der Sozialen Arbeit zu lesen ist (DBSH, 2014). Aktuell verweisen Studien jedoch immer noch auf viele Vorurteile gegenüber queeren Menschen (u. a. Beigang, Fetz, Kalkum & Otto, 2017; Decker & Brähler, 2020 → [Band 1 Vorurteile](#)), was mit besonderen psychischen Belastungen (→ [Minoritätenstress](#)) und einem schlechteren Gesundheitsstatus einhergeht (→ [Band 1 Gesundheit](#)). Somit ergeben sich für die Soziale Arbeit auch Aufgaben im Bereich der Antidiskriminierung und Vielfaltsförderung, in der Unterstützung queerer Menschen (z. B. beim Empowerment) sowie in der Gesundheitsförderung für queere Menschen.

### **Welche Ansatzpunkte ergeben sich zur Förderung queersensibler Sozialer Arbeit?**

Die Gesundheitsförderung und die (Krankheits-)Prävention agieren interdisziplinär und betrachten biopsychosoziale Aspekte sowie die Lebenswelten der Adressat\*innen (→ [Prävention](#) → [Salutogenese](#)). Es wird

auf (Selbst-)Ermächtigung abgezielt (→ [Empowerment](#)), jeweils ausgehend von den sozialen und materiellen Verhältnissen und den unterschiedlichen Lebenslagen der Adressat\*innen, von Diversität (Vielfalt von Gruppen und deren Merkmalen) und von Pluralität (Koexistenz verschiedener Interessen und Lebensstile; DVSG, o. J. a).

Sozialarbeiter\*innen müssen in all ihren Handlungsfeldern sensibel für sexuelle und geschlechtliche Vielfalt sein, um den berufsethischen Standards im Bereich der Achtung beziehungsweise Förderung der Vielfalt und Diversität wie auch der „wechselseitige[n] Toleranz für unterschiedliche Lebensentwürfe, Lebensformen und Lebensziele“ gerecht zu werden (DBSH, 2014, S. 24). So gehören je nach Schätzung etwa 10 % der Menschen einer sexuellen und/oder geschlechtlichen Minoritätengruppe an (vgl. Pöge et al., 2020 → [Band 1 Vielfalt](#)). Sozialarbeiter\*innen in der Betreuung von Menschen beispielsweise in Wohneinrichtungen für Jugendliche und Erwachsene könnten sich folgende Fragen stellen: Werden partnerschaftliche Beziehungen und Sexualität tabuisiert? Wenn nicht, ist dies auch bei nicht-heterosexuellen Kontakten der Fall? Wie reagieren Klient\*innen, aber auch Kolleg\*innen in den Wohneinrichtungen und Vorgesetzte auf Menschen, die sich nicht heterosexuell verorten? Ist die Einrichtung trans\*inklusiv? Oder gibt es eine ausschließlich binäre Einteilung von Geschlechtlichkeit (Mädchen/Frauen und Jungen/Männer)? Auch in den Bereichen der Familienbetreuung (z. B. Sozialpädagogische Familienhilfe, Erziehungsberatung) ist es wichtig, dass queeren Kindern und Jugendlichen ein Aufwachsen ermöglicht wird, das frei von Diskriminierung ist – insbesondere von Seiten der Eltern bzw. Bezugspersonen. Darüber hinaus spielt sexuelle und geschlechtliche Vielfalt eine besondere Rolle in der Beratung bei Schwangerschaft und Familienplanung (Teschlade, Peukert, Wimbauer, Motakef & Holzleithner, 2020 → [Gynäkologie](#) → [Band 1 Geburtshilfe](#)) sowie in der Sexuellen Bildung und der allgemeinen psychosozialen Beratung (Schmidt & Sielert, 2012).

Im Bereich rund um HIV und sexuell übertragbare Infektionen gibt es spezifische Angebote für queere Menschen – und das ins-

besondere für Männer, die Sex mit Männern haben, die gleichzeitig gefährdeter für sexuell übertragbare Infektionen sind (an der Heiden et al., 2020; Bremer, Dudareva-Vizule, Buder, an der Heiden & Jansen, 2017). Darüber hinaus werden auch andere queere Menschen fokussiert und das Empowerment queerer Menschen im Sinne der Strukturellen Prävention der Deutschen Aidshilfe unterstützt, z. B. durch die Stärkung queerer Begegnungsorte (Drewes, Gusy, Kraschl & Kleiber, 2010 → Empowerment). Dies ist ein positives Beispiel für jahrzehntelange queersensible Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich, die sich stetig hinsichtlich sexueller und geschlechtlicher Vielfalt reflektieren lernte. Auch in der Suchtberatung entstehen inzwischen spezifische Beratungsangebote, jedoch zumeist im städtischen Bereich (Graf, 2020). Hier bedarf es auch in allgemeinen Suchtberatungsstellen Sensibilität für sexuelle und geschlechtliche Vielfalt, um angemessen auf die Lebensrealitäten queerer Menschen reagieren zu können und nicht (unbewusst) zu diskriminieren. So unterscheidet sich nicht nur das mittlere Ausmaß des Substanzkonsums queerer Menschen von dem heterosexueller, endo, cis Menschen, sondern auch die Gründe (Graf, 2020 → Sucht).

Wie können Sozialarbeiter\*innen queersensibel agieren? Ein verbreitetes Konzept ist die sogenannte „Regenbogenkompetenz“, die die Fähigkeit bezeichnet, „mit dem Thema der sexuellen Orientierung und der geschlechtlichen Identität professionell, vorurteilsbewusst und möglichst diskriminierungsfrei umzugehen“ (Schmauch, 2020, S. 308). Dies beinhaltet, dass sich die Soziale Arbeit als Profession mit den Rechten benachteiligter und diskriminierter Gruppen selbstkritisch auseinandersetzt. Professionell Tätige in der Sozialen Arbeit müssen stetig ihre Haltung in Bezug auf Vorurteile, Diskriminierung und Ausgrenzung hinterfragen und reflektieren. In Bezug auf sexuelle und geschlechtliche Vielfalt bedarf es verschiedener Kompetenzen, die sich nach dem Konzept der Regenbogenkompetenz in vier Bereiche aufteilen lassen (Schmauch, 2020, S. 309-310):

1. „Sachkompetenz: Wissen über die heterosexuelle Mehrheitsgesellschaft, über sexuelle und geschlechtliche Minderheiten, ihre Lebenslagen, Diskriminierungen und Ressourcen,
2. Sozialkompetenz: Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit im Bereich sexueller und geschlechtlicher Vielfalt,
3. Methodenkompetenz: Handlungsfähigkeit und Verfahrenswissen im Bereich sexueller Orientierung und geschlechtlicher Vielfalt
4. Selbstkompetenz: Reflexion eigener Gefühle, Werte und Vorurteile in Bezug auf sexuelle Vielfalt.“

An den Stellen, wo es um Selbstreflexion bezogen auf Willkür, Unterdrückung und die Ausräumung von Diskriminierungstendenzen geht (DBSH, 2014), aber auch an vielen anderen Stellen, spielt das Thema Macht, im negativen Fall auch das Hervorrufen oder Fördern von Ohnmacht, in der Sozialen Arbeit eine Rolle.

### **Welche Rolle spielen Macht und Ohnmacht in der Sozialen Arbeit?**

Maaser (2015) macht auf einen „toten Winkel gesellschaftspolitischer Wahrnehmung“ (S.54) aufmerksam. Hierbei bezieht Maaser (2015) sich auf Situationen, die in der Regel nicht mitbekommen werden, weil sie hinter verschlossenen Türen passieren oder vor denen die Augen verschlossen werden – beispielsweise bei häuslichen Übergriffen allgemein oder gegenüber queeren Kindern und Jugendlichen. Bei Vorfällen hinter verschlossenen Türen ist, so Maaser (2015), Soziale Arbeit gefragt, denn sie muss in Fällen von Ungleichbehandlung oder fehlender Gerechtigkeit (mit behördlicher Rückendeckung) handeln.

Ein solches Beispiel zeigt, dass Soziale Arbeit mit Macht assoziiert ist. Sie ist es in konkret machtspezifischen Kontexten wie oben geschildert, aber auch diffiziler und indirekter da, wo es nicht auf den ersten Blick vermutet würde. Bezugspunkt berufsethischer Prinzipien Sozialer Arbeit (DBSH, 2014; NASW, 2017) ist daher der Umgang mit Macht. Sozialarbeiter\*innen müssen sich der Macht, die sie über die vulnerable Gruppe der Adressat\*innen haben, bewusst sein und

dürfen diese nicht missbrauchen. Das Wissen um Machtstrukturen ist unumgänglich, um z. B. Willkür, Unterdrückung und Diskriminierung zu identifizieren und gegen sie vorgehen zu können, um eine gerechte und respektvolle Zusammenarbeit mit Adressat\*innen zu ermöglichen (DBSH, 2014 → [Band 1 Beziehung](#)).

Auch Gesundheit wird vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Machtverhältnisse betrachtet – so bedeutet Macht über Ressourcen verfügen zu können (Rademaker, 2016), z. B. über Gesundheitsressourcen. Das kann eine private im Vergleich zu einer gesetzlichen Krankenversicherung sein, die bessere Leistungen, schnellere Termine bei Spezialist\*innen oder auch einen größeren Umfang an gesundheitlichen Leistungen ermöglicht. Es kann aber auch bedeuten, dass eine Person die Ressource hat, jemanden zu kennen, die\*der Gesundheitsprozesse unkomplizierter, schneller oder reibungsloser ablaufen lassen kann, als es ohne diese Ressource der Fall wäre. Das Gegenteil, also Ohnmacht, kann im Gegensatz dazu fehlende Ressourcen bedeuten, z. B. dass benötigte oder sinnvolle Optionen und Hilfen trotz Suche und Bemühung nicht „in Reichweite“ kommen. Solche Defizite können sozial, psychisch oder körperlich sein (Staub-Bernasconi, 2019). Was macht eine\*ein Klient\*in, die\*der sich sprachlich nicht verständlich genug ausdrücken kann, die\*der unter Ängsten leidet und daher nicht aus dem Haus geht oder die\*der nicht über entsprechendes Wissen über Handlungsoptionen verfügt, um Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen? Beispiele für fehlende Ressourcen im Kontext sexueller und geschlechtlicher Vielfalt wären mangelnde Rollenmodelle in der heteronormativen Gesellschaft für queere Menschen (→ [Band 1 Vielfalt](#)) und spezifischer der Zugang zu Gutachter\*innen im Kontext einer Transition, welche immer noch notwendig sind (→ [Band 1 Rechte](#) → [Band 1 Trans\\*](#)).

Was ist Macht eigentlich genau? Macht kann als neutrales Potenzial betrachtet werden (Argyle, 1990), das auf die eine oder andere Weise von Sozialarbeiter\*innen gegenüber Klient\*innen angewendet werden kann (Misamer, 2019a):

- Konstruktive Machtanwendung: Machthandlungen zum Nutzen und mit einem Gewinn für Klient\*innen
- Destruktive Machtanwendung: Machthandlungen explizit nicht zum Nutzen oder sogar zum Schaden der Klient\*innen

Es wurde herausgefunden, dass die Art der Machtanwendung mit den (ethischen) Prinzipien in Zusammenhang steht (z.B. für Sozialarbeiter\*innen Misamer, Hackbart & Thies, 2017; für Kindheitspädagog\*innen Misamer & Scholl, 2021). Die Prinzipienorientierung steht dabei positiv mit konstruktiver und negativ mit destruktiver Machtanwendung in Zusammenhang (Misamer & Scholl, 2021). Bereits in der Ausbildung sollte daher eine Sensibilisierung für Machtmechanismen sowie für den Nutzen einer Prinzipienorientierung bezüglich der eigenen beruflichen Rolle vermittelt werden (Misamer & Scholl, 2021). Machtsensibilität beschreibt eine konstitutive bzw. grundlegende Empfindsamkeit gegenüber der Machtanwendung – sowohl der eigenen, aber auch der Machtanwendung anderer. Sie beinhaltet u. a. ein Wissen um den eigenen Status, um mögliche Korrumpierungsmechanismen, um das Eigenwirkpotenzial von Macht und um sich unterscheidende Wahrnehmungen der Machtausübung je nach Standpunkt sowie eigene Wahrnehmungsverzerrungen (Misamer, 2019b).

Machtsensibilität bezieht sich auch auf die Betrachtung individueller, aber auch strukturbezogener, gesellschaftlicher Gegebenheiten in Bezug auf die Ungleichbehandlung sozialer Gruppen (→ [Band 1 Intersektionalität](#)), die sich z. B. auf Basis der Heteronormativität ergeben. Heteronormativität beschreibt die Norm von Heterosexualität und der sich daraus ergebenden Zweigeschlechtlichkeit (Hartmann, 2018; Hartmann & Klesse, 2007 → [Band 1 Vielfalt](#)). Für Sozialarbeiter\*innen ist es wichtig, kritisch mit Heteronormativität umzugehen und zu reflektieren, dass es „kein Außerhalb von Machtverhältnissen und damit kein völliges Heraustreten aus heteronormativen Verhältnissen geben kann – zumindest zum gegenwärtigen Zeitpunkt in den meisten Gesellschaften der (Post-)Moderne nicht. [...] Aus heteronormativitäts-kritischer Per-

spektive stellt es daher ein Qualitätsmerkmal dar, normative Machtverhältnisse selbst zu thematisieren, bewusst zu machen, für deren Funktionsweisen im Sinne eingespielter Mechanismen zu sensibilisieren – bzw. in ständiger Selbstreflexion dieser Mechanismen versuchen, sie zu minimieren“ (Hartmann, 2018, S. 46). Staub-Bernasconi (2019) beschreibt, dass die Profession Soziale Arbeit (neben Wissenschaft) auf Ethik und Moral basiert und stellt den Zusammenhang zwischen einer ethisch-moralischen und einer kritischen Haltung her. Ein sich hieraus ergebender Aspekt ist, dass bei der Berufsausübung immer auf die Einhaltung und Verletzung menschlicher Rechte geachtet werden muss.

### **Fazit**

Um Adressat\*innen dabei zu unterstützen, ihre Menschenrechte auf dem höchstmöglichen Stand körperlicher Gesundheit und psychischen Wohlbefindens zu verwirklichen, mit Blick auf Machtsensibilität und stetige Selbstreflexion von Sozialarbeiter\*innen bezogen auf Willkür, Unterdrückung und die Ausräumung von Diskriminierungstendenzen (DBSH, 2014), sind menschenrechtsreflektierende Perspektiven notwendig. Diese Perspektiven ermöglichen es, dass Sozialarbeiter\*innen ihre Klient\*innen in ihrer Vielfalt mit ihren jeweiligen Lebenshintergründen verstehen lernen und dadurch in der Folge besser erreichen können. Erste positive Beispiele für spezifische Angebote und Empowerment-Strategien für queere Menschen durch Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich gibt es bereits, wie die Stärkung queerer Begegnungsorte durch Aidshilfen (vgl. Drewes et al., 2010). Queersensible Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich, die sich hinsichtlich sexueller und geschlechtlicher Vielfalt selbst reflektiert und dadurch vermeidet (unbewusst) zu diskriminieren, gibt es jedoch insgesamt noch zu wenig. Die „Regenbogenkompetenz“ ist ein Konzept mithilfe dessen Sozialarbeiter\*innen lernen können, queersensibel zu denken und zu agieren. Dabei setzen sich Sozialarbeiter\*innen mit den Rechten benachteiligter und diskriminierter (Personen-)Gruppen selbstkritisch

auseinander (Schmauch, 2020) und zwar immer wieder, um eine professionelle Haltung in Bezug auf die Vermeidung von Vorurteilen und Diskriminierung in diesen Bereichen zu kultivieren. In Bereichen Sozialer Arbeit mit Bezügen zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt gibt es noch viel aufzuholen. Daher ist es für die Soziale Arbeit insgesamt, aber auch für spezifisch gesundheitsbezogene Angebote Sozialer Arbeit notwendig, einen Fokus auf die Bedeutung von sexueller und geschlechtlicher Vielfalt zu legen.

## Literatur

- AN DER HEIDEN, M., MARCUS, U., KOLLAN, C., SCHMIDT, D., GUNSENHEIMER-BARTMEYER, B., & BREMER, V. (2020). Schätzungen der Zahl der HIV-Neuinfektionen im Jahr 2019 und der Gesamtzahl von Menschen, die Ende 2019 mit HIV in Deutschland leben. *Epidemiologisches Bulletin*, 48/2020, 1-16. <https://doi.org/10.25646/7213>
- ANER, K., & HAMMERSCHMIDT, P. (2018). Arbeitsfelder und Organisationen der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Wiesbaden: Springer VS.
- ARGYLE, M. (1990). Soziale Beziehungen. In W. Stroebe, M. Hewstone, J.-P. Codol & G. M. Stephenson (Hg.), *Sozialpsychologie. Eine Einführung* (S. 232-257). Berlin: Springer.
- BEIGANG, S., FETZ, K., KALKUM, D., & OTTO, M. (2017). Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung. Baden-Baden: Nomos & Antidiskriminierungsstelle des Bundes. [https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Experten/expertise\\_diskriminierungserfahrungen\\_in\\_deutschland.html](https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Experten/expertise_diskriminierungserfahrungen_in_deutschland.html)
- BLANKENBURG, K., & COSANNE, E. (2019). Gesellschaftliche Trends und Beschäftigungszahlen in Praxisfeldern gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. In S. Dettmers & J. Bischkopf (Hg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* (S. 137-146). München: Reinhardt.
- BREMER, V., DUDAREVA-VIZULE, S., BUDER, S., AN DER HEIDEN, M., & JANSEN, K. (2017). Sexuell übertragbare Infektionen in Deutschland. Die aktuelle epidemiologische Lage. *Bundesgesundheitsblatt*, 60, 948-957. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2590-1>
- DAIMINGER, C. (2015). Salutogenese als Analyseinstrument und Handlungsorientierung für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. In C. Daiminger, P. Hammerschmidt & J. Sagebiel (Hg.), *Gesundheit und Soziale Arbeit* (S. 55-74). München: AG SPAK.
- DECKER, O., & BRÄHLER, E. (HG.) (2020). *Autoritäre Dynamiken. Alte Ressentiments – neue Radikalität*. Gießen: Psychosozial-Verlag. <https://www.boell.de/de/2020/11/09/autoritaere-dynamiken-alte-ressentiments-neue-radikalitaet>
- DETTMERS, S. (2015). Qualifikationskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit – QGSA. Berlin: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. <https://dvsg.org/veroeffentlichungen/arbeitshilfen/qgsa/>
- DETTMERS, S. (2019). Spezifische Kompetenzen gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. In S. Dettmers & J. Bischkopf (Hg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* (S. 18-27). München: Reinhardt.
- DEUTSCHER BERUFSVERBAND FÜR SOZIALE ARBEIT (2014). Berufsethik des DBSH. Ethik und Werte. *Zeitschrift Forum Sozial. Die Berufliche Soziale Arbeit*, 4/2014, 3-43.

- DEUTSCHE VEREINIGUNG FÜR SOZIALE ARBEIT IM GESUNDHEITSWESEN (o. J. a). Gesundheitsförderung und Prävention. Abgerufen am 01.08.2021 von <https://dvsg.org/themen/handlungsfelder/gesundheitsfoerderung-und-praevention/>
- DEUTSCHE VEREINIGUNG FÜR SOZIALE ARBEIT IM GESUNDHEITSWESEN (o. J. b). Rehabilitation und Teilhabe. Abgerufen am 01.08.2021 von <https://dvsg.org/themen/handlungsfelder/rehabilitation-und-teilhabe/>
- DREWES, J., GUSY, B., KRASCHL, C., & KLEIBER, D. (2010). Strukturelle Prävention – eine Betrachtung aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive. In J. Drewes & H. Sweers (Hg.), Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV (S. 13-26). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe. <https://www.aidshilfe.de/shop/strukturelle-praevention-gesundheitsforderung-kontext-hiv>
- GRAF, N. (2020). Substanzkonsum unter LSBT\*: Zwischen erhöhter Prävalenz und Defizitorientierung. In S. Timmermanns & M. Böhm (Hg.), Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Interdisziplinäre Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis (S. 274-290). Weinheim: Beltz Juventa.
- HARTMANN, J. (2018). Theoretisch fundiert handeln! Einführung in eine queere genderreflektierte Pädagogik. In A. Spahn & J. Wedl (Hg.), Schule lehrt/lernt Vielfalt. Praxisorientiertes Basiswissen und Tipps für Homo-, Bi-, Trans- und Inter\*freundlichkeit in der Schule (S. 44-51). Göttingen: Waldschlösschen Verlag.
- HARTMANN J., & KLESSE, C. (2007) Heteronormativität. Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht – eine Einführung. In J. Hartmann, C. Klesse, P. Wagenknecht, B. Fritzsche & K. Hackmann (Hg.), Heteronormativität. Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht (S. 9-15). Wiesbaden: VS.
- HENDERSON, B. (2019). Queer Studies. Beyond Binaries. New York, NY: Harrington Park Press.
- HOMFELD, H.-G. (2012). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In W. Thole (Hg.), Grundriss Sozialer Arbeit. Ein einführendes Handbuch (4. Aufl.) (S. 489-503). Wiesbaden: VS.
- HURRELMANN, K. (2010). Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim: Juventa.
- INTERNATIONAL FEDERATION OF SOCIAL WORKERS (2014). Globale Definition von Sozialarbeit. Abgerufen am 01.08.2021 von <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>
- LAMPERT, T. (2020). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In O. Razum & P. Kolip (Hg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften (7. Aufl.) (S. 530-559). Weinheim: Beltz Juventa.
- LIEL, K., & RADEMAKER, A. L. (September 2018). Gesundheitsförderung! Eine Praxis Sozialer Arbeit? Vortrag auf dem Bundeskongress der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, Bielefeld.
- LÜTZENKIRCHEN, A. (2005). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Zielgruppen – Praxisfelder – Institutionen. Stuttgart: Kohlhammer.
- MAASER, W. (2015). Lehrbuch Ethik. Grundlagen, Problemfelder und Perspektiven (2. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- MITTERLECHNER, M. (2016). Das (unentdeckte) Potential Sozialer Arbeit in der Gesundheitsförderung am Beispiel von Primary Health Care. Masterarbeit, Fachhochschule Salzburg. [https://primaerversorgung.org/wp-content/uploads/2018/09/2016\\_masterarbeit\\_mitterlechner\\_simone.pdf](https://primaerversorgung.org/wp-content/uploads/2018/09/2016_masterarbeit_mitterlechner_simone.pdf)
- MISAMER, M. (2019a). Macht und Machtmittel in der Schule: Eine empirische Untersuchung. Lage: Jacobs.
- MISAMER, M. (2019b). Machtsensibilität bei Sozialarbeitern – Impulse aus pädagogisch-psychologischer Sicht. EREV – Fachzeitschrift Evangelische Jugendhilfe, 96, 164-173.
- MISAMER, M., HACKBART, M., & THIES, B. (2017). Der Umgang mit Macht in der Sozialen Arbeit. Einschätzungen aus der Kinder- und Jugendhilfe. Soziale Arbeit, 12/2017, 450-456.
- MISAMER, M., & SCHOLL, W. (2021). Eingeschätzte Machtanwendung in der Kindheitspädagogik. Zur Wichtigkeit von Prinzipienorientierung. Soziale Arbeit, 5/2021, 178-183.

NATIONAL ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS (2017). Code of Ethics. Abgerufen am 01.08.2021 von <https://www.socialworkers.org/About/Ethics/Code-of-Ethics/Code-of-Ethics-English>

PÖGE, K., DENNERT, G., KOPPE, U., GÜLDENRING, A., MATTHIGACK, E. B., & ROMMEL, A. (2020). Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. *Journal of Health Monitoring*, 5(S1), 1-30. <https://doi.org/10.25646/6448>

RADEMAKER, A. L. (2016). Soziale Arbeit mit Gesundheitsbezug. Auf dem Weg zur Profilierung einer Fachdisziplin? *Forum Sozialarbeit + Gesundheit*, 4/2016, 35-38.

RICHTER, M., & HURRELMANN, K. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2. Aufl.) (S. 13-33). Wiesbaden: VS.

SCHMAUCH, U. (2020). Regenbogenkompetenz in der Sozialen Arbeit. In S. Timmermanns & M. Böhm (Hg.), *Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Interdisziplinäre Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis* (S. 308-325). Weinheim: Beltz Juventa.

SCHMIDT, R.-B., & SIELERT, U. (2012). *Sexualpädagogik in beruflichen Handlungsfeldern*. Köln: Bildungsvlag EINS.

STAUB-BERNASCONI, S. (2019). *Menschenwürde – Menschenrechte – Soziale Arbeit. Die Menschenrechte vom Kopf auf die Füße stellen*. Opladen: Budrich.

TESCHLADE, J., PEUKERT, A., WIMBAUER, C., MOTAKEF, M., & HOLZLEITHNER, E. (2020). Elternschaft und Familie jenseits von Heteronormativität und Zweigeschlechtlichkeit. Eine Einleitung. *GENDER Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft, Sonderheft 5*, 9-27.

WIRTZ, M. A., KOHLMANN, C.-W., & SALEWSKI, C. (2018). Gesundheitsförderung und Prävention – die psychologische Perspektive. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (S. 13-27). Bern: Hogrefe.

## Autor\*innen

**Prof. Dr. Melanie Misamer** ist Professorin für Methoden und Konzepte Sozialer Arbeit in der Gesundheitsförderung am Gesundheitscampus Göttingen, Fakultät Ingenieurwissenschaften und Gesundheit der Hochschule für Angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim/Holzminde/Göttingen. Ihre Arbeits- und Interessenschwerpunkte liegen in verschiedenen Bereichen der Machtanwendung, z. B. in sozialen und Gesundheitsberufen.

Kontakt: [mail@melaniemisamer.de](mailto:mail@melaniemisamer.de)

**Marcel Hackbart** ist Diplom-Psychologe und Bildungsreferent bei der Akademie Waldschlösschen für das „Kompetenznetzwerk zum Abbau von Homosexuellen- und Trans\*feindlichkeit – Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Selbstbestimmung und Vielfalt!“, gefördert vom BMFSFJ im Rahmen des Bundesprogramms „Demokratie leben!“. Außerdem ist er Lehrbeauftragter und Doktorand am Institut für Pädagogische Psychologie der Technischen Universität Braunschweig.

Kontakt: [marcel.hackbart@waldschloesschen.org](mailto:marcel.hackbart@waldschloesschen.org) / [m.hackbart@tu-braunschweig.de](mailto:m.hackbart@tu-braunschweig.de)



## **8. Empowerment zur Förderung sexueller Gesundheit in der HIV-Prävention**

Empowerment ist einerseits ein wichtiges Ziel von Prävention und Gesundheitsförderung sowie gleichzeitig wichtig, um Prävention überhaupt erst zu ermöglichen und Gesundheit zu fördern (→ *Salutogenese*). Dabei werden sowohl die Ressourcen einzelner Personen als auch ganzer vulnerabler Gruppen, die negativ von sozialer Ungleichheit betroffen sind, gestärkt. Im Folgenden soll ein kurzer Abriss zum Konstrukt des Empowerments gegeben werden und wie sich dies im Feld der sexuellen Gesundheit, besonders in der Strukturellen Prävention der Deutschen Aidshilfe (Drewes, Gusy, Kraschl & Kleiber, 2010), widerspiegelt. Ein Fokus wird dabei auf schwule Männer und andere Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), gelegt.

### **Die Idee vom Empowerment in der Prävention und Gesundheitsförderung**

Das Konzept des Empowerments hat seine Wurzeln in der US-amerikanischen Bürger\*innenrechtsbewegung der 1960er Jahre. Vom Kampf gegen gesellschaftliche Benachteiligung, insbesondere gegen Rassismus, hat Empowerment inzwischen seinen Weg in die Gesundheitsförderung gefunden (vgl. Meierjürgen & Warnke, 2018) und weist Überschneidungen mit anderen Konzepten wie Partizipation und (Hilfe zur) Selbsthilfe auf (s. Box 1; u. a. Borgetto, Wünsche, Schwinn & Pfingsten, 2020; Hartung, 2020; Immerfall, Loss & Simshäuser, 2018; Meierjürgen & Warnke, 2018). Meierjürgen und Warnke (2018, S. 142) bestimmen den Begriff wie folgt: „Empowerment beschreibt den Prozess von Personen und Gruppen, die diese befähigen, selbsttätig und selbstbestimmt ihr Leben und ihre soziale Lebenswelt (mit) zu gestalten. Durch den Empowerment-Ansatz sollen Personen beziehungsweise Gruppen ermutigt werden, ihre eigenen (vielfach verschütteten) persönlichen und sozialen Ressourcen sowie ihre Fähigkeiten zur Beteiligung zu entde-

cken, weiter zu entwickeln und in praktische Handlungsstrategien zu überführen, um Kontrolle über die Gestaltung der eigenen sozialen Lebenswelt (wieder) zu gewinnen“ (vgl. Brandes & Stark, 2021; Kraschl, Drewes & Kleiber, 2010). Dieses Verständnis fokussiert drei Aspekte: (1.) Empowerment fördert die Selbstbestimmung, (2.) richtet den Blick auf soziale Gerechtigkeit und versucht, Diskriminierung abzubauen, und (3.) benötigt Partizipation und ermöglicht sie auch gleichzeitig (Meierjürgen & Warnke, 2018). Empowerment-Strategien können sich sowohl an eine einzelne Person richten, an eine Organisation als auch an die gesamte Gesellschaft (Meierjürgen & Warnke, 2018).

Ein Ansatz, der die Ermöglichung individuellen Empowerments durch die Stärkung der Umgebung fokussiert, ist der Lebensweltansatz. Der Lebensweltansatz (oder auch Setting-Ansatz) beschreibt, dass die persönliche Gesundheit dann gesteigert werden kann, wenn die Lebensbedingungen im Alltag gesundheitsgerechter ausgestaltet werden. Damit verbunden sind zwei Strategien (Meierjürgen & Warnke, 2018): Zum einen geht es um die Erreichbarkeit von Zielgruppen. Es werden Zugänge für die Gesundheitsförderung über zielgruppenbezogene Orte, Gruppen und Organisationen (Settings) hergestellt. Zum anderen können gesundheitsfördernde Settings aufgebaut werden. Dabei werden Partizipation und Organisationsentwicklungsprozesse angestoßen bzw. unterstützt, die die Förderung von Gesundheit ermöglichen (z. B. Gesundheitskonferenzen). Die Grundwerte von Empowerment sowie der Lebensweltansatz finden sich auch in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1986) wieder (→ [Salutogenese](#)).

Für die Förderung von Empowerment bedarf es nach Brandes und Stark (2021) bei professionell Tätigen einige Voraussetzungen in der Haltung: Ressourcen- und Kompetenzorientierung, Prozessorientierung, Optimismus, die Bereitschaft zu vertrauensvollen Arbeitsbeziehungen auf Augenhöhe sowie die Bereitschaft, Verantwortung abzugeben. Dafür benennen Brandes und Stark (2021, Abs. 7) folgende allgemeine Förderungsmöglichkeiten zugunsten der Zielgruppe:

- „Bereitstellung von instrumentellen Hilfen (Räume, Finanzen etc.),
- Befähigung zur Reflexion von Problemen, Bedürfnissen und Ressourcen,
- Aufzeigen oder Schaffen von Handlungsspielräumen,
- Anbieten von Orientierungshilfen und Erschließen von Informationsquellen,
- Unterstützung bei der Erarbeitung von Entscheidungen, Lösungen und Zielen,
- Unterstützung von Selbstorganisation und Selbsthilfe,
- Mediation und
- Sozialpolitische Einflussnahme.“

Werbrouck und Kolleg\*innen (2018) konnten in ihrer Meta-Analyse für chronisch erkrankte Menschen (zumeist Diabetes) zeigen, dass Empowerment durch Interventionen gefördert werden kann. Es gibt jedoch größere Schwankungen in den Effekten: Häufig wird die Vermittlung von Wissen als Mittel herangezogen, um Empowerment zu stärken, was jedoch nicht immer funktioniert. Die Arbeit an Zielsetzungen (*Goal Setting*) und Handlungsplanungen (*Action Planning*) erwies sich hingegen in bisherigen Studien als mehrheitlich erfolgreich.

*Partizipation* beschreibt die Teilhabe, Mitbestimmung und Mitwirkung bei gesundheitsbezogenen Entscheidungen sowie bei zielgruppenspezifischen Maßnahmen. Der Fokus liegt auf der Interaktion von professionell Tätigen und den Zielgruppen bzw. Klient\*innen.

*Selbsthilfe* nimmt Bezug auf gesundheitlich belastete Personen und beschreibt Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. Rehabilitation, die ohne professionell Tätige oder andere Fremdhilfe auskommen. Die Selbsthilfe kann individuell geschehen, in Gruppen oder in Organisationen.

*Empowerment* ist der Prozess, in dem gesundheitlich belastete Personen bzw. Personen aus Risikogruppen dazu befähigt und unterstützt werden, eigenständig für ihre eigene Gesundheit zu sorgen. Dabei sind sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive (z. B. Abbau von sozialer Ungleichheit) Maßnahmen möglich.

**Box 1:** Begrifflichkeiten mit Bezug zur Prävention und Gesundheitsförderung

Werbrouck und Kolleg\*innen (2018) resümieren deswegen, dass es sinnvoll ist, diese drei Methoden (Wissensvermittlung, Arbeit an Zielen und Handlungsplanungen) kombiniert in Interventionen zu nutzen, um Empowerment zu stärken.

### **Sexuelle Gesundheit und HIV**

In Anlehnung an die Ottawa-Charta (WHO, 1986) zur Gesundheit allgemein beschreibt die WHO (2006, nach Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) & WHO Europe, 2011, S. 19) sexuelle Gesundheit als „Zustand des körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens bezogen auf die Sexualität und bedeutet nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Funktionsstörungen oder Schwäche“. Relevant im Bereich der sexuellen Gesundheit sind u. a. sexuell übertragbare Infektionen (STI; *Sexually Transmitted Infections*), insbesondere HIV (humanes Immunschwäche-Virus; *Human Immunodeficiency Virus*).

HIV führt unbehandelt – zumeist nach einer längeren symptomfreien Latenzphase – zu AIDS (angeeignetes Immundefizit-Syndrom; *Acquired Immunodeficiency Syndrome*) mit einer Reihe opportunistischer Infektionen wie Lungenentzündungen (Pneumocystis-Pneumonie), Pilzinfektionen oder dem Kaposi-Sarkom (Tumore; Rockstroh, 2020). Übertragen wird HIV, wenn mindestens eine infektiöse Flüssigkeit (Blut, Sperma, Vaginalsekret, Analsekret und Brustmilch bzw. „Muttermilch“) in die Blutbahn, z. B. über offene Wunden, gerät oder auf Schleimhäute kommt (Rockstroh, 2020). Das Infektionsrisiko ist beim Sexualverkehr im Allgemeinen gering, kann aber je nach Übertragungsweg, Sexualpraktik, Viruslast der HIV-positiven Person und Anwesenheit anderer STI stärker variieren (Rockstroh, 2020). HIV ist zwar (noch) nicht heilbar, aber inzwischen ist die Behandlung von HIV mit Medikamenten (antiretroviralen Therapie, ART) so erfolgreich, dass für HIV-positive Menschen eine annähernd durchschnittliche Lebenserwartung ohne größere Einschränkungen möglich ist (Rockstroh, 2020; The Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration, 2017).

HIV ist wahrscheinlich im frühen 20. Jahrhundert auf den Menschen übergegangen, bekam jedoch in den 1980er Jahren starke Aufmerksamkeit (Rockstroh, 2020). Insbesondere in der Zeit, in der das HI-Virus noch nicht isoliert werden konnte sowie Ansteckungsrisiken nicht mit Sicherheit bekannt und keine wirksamen Behandlungen vorhanden waren, gab es vielfach Angst vor AIDS und die Hauptbetroffengruppe, schwule Männer, wurden zusätzlich zu ihrer sexuellen Orientierung stigmatisiert (→ [Band 1 Vorurteile](#)). So wurde HIV bzw. AIDS als „Schwulenseuche“ oder „Schwulenpest“ bezeichnet (vgl. Stürmer und Salewski, 2009). Die aktuelle Situation in Bezug auf HIV hat sich entspannt und es gibt vielfach Fortschritte in der Behandlung und der Prävention, die zu Beginn des 21. Jahrhunderts erzielt wurden (s. Box 2). U. a. können HIV-positive Menschen, die erfolgreich mit Medikamenten behandelt werden (ART), HIV nicht mehr auf andere übertragen („Schutz durch Therapie“ bzw. *Treatment as Prevention*; Hoffmann, 2020). Die Stigmatisierung aufgrund von HIV bleibt aber hartnäckig, trotz des Wissens um „Schutz durch Therapie“ (Deutsche Aidshilfe, 2021; vgl. Hackbart & Thies, 2020 → [Beeinträchtigung](#)).

Nach Schätzungen des Robert Koch-Instituts (an der Heiden et al., 2020) lebten Ende 2019 in Deutschland etwa 90.700 Menschen mit HIV

Mit der Überschrift „Safer Sex 3.0“ beschreibt die Deutsche Aidshilfe (2018; vgl. Spinner & Hoffmann, 2020) die drei Methoden zur erfolgreichen Prävention von HIV-Infektionen:

1. Kondome
2. Schutz durch Therapie (bzw. *Treatment as Prevention* (TasP)): Bei einer erfolgreichen HIV-Therapie kann ein gutes Leben ermöglicht werden und HIV – auch bei kondomlosen Sex – nicht übertragen werden
3. Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP): Bei der PrEP nehmen HIV-negative Menschen HIV-Medikamente (mit medizinischer Begleitung), was sie vor einer HIV-Infektion schützt.

Außerdem gibt es noch zusätzlich die Post-Expositions-Prophylaxe (PEP), bei der nach einem Risikokontakt, z. B. beim Sex, HIV-Medikamente eingenommen werden. Dies ist jedoch nur als Notfallmaßnahme zu verstehen.

### **Box 2:** Safer Sex 3.0 und PEP

– dies entspricht einer Prävalenzrate von 0,11 % in der Gesamtbevölkerung. Davon kamen 55.900 Infektionen, also etwa 62 %, durch Sex zwischen Männern zustande. Neben MSM werden auch weitere potenziell HIV-vulnerable Gruppen (sogenannte Risikogruppen) wie Menschen, die intravenös Drogen gebrauchen, oder Sexarbeitende identifiziert. Aber auch Personen, die keiner Risikogruppe angehören, können sich mit HIV infizieren. So nimmt die Anzahl und der Anteil von HIV-Transmissionen bei heterosexuellen Kontakten seit einigen Jahren langsam, aber stetig zu (an der Heiden et al., 2020).

### **Empowerment in der Strukturellen Prävention der Deutschen Aidshilfe**

Die Arbeitsgrundlage der Deutschen Aidshilfe (DAH) ist das Konzept der Strukturellen Prävention (→ Prävention), das sich zusammensetzt aus (1.) der Einheit von Verhaltens- und Verhältnisprävention, (2.) der Einheit von primärer, sekundärer und tertiärer Prävention, (3.) der Einheit von Gesundheitsförderung und Selbsthilfe sowie (4.) der Einheit von Emanzipation und Prävention (Drewes et al., 2010). Die letzten beiden Aspekte überschneiden sich mit Empowerment (s. Box 1): Für Risikogruppen, so der Ansatz der Strukturellen Prävention, ist es wichtig, eine gestärkte Community zu haben, um innerhalb dieser Community Möglichkeiten, Kompetenzen und Ressourcen zur HIV-Prävention zu fördern (Kraschl et al., 2010). Damit soll ein Ausgleich von ungleichen Voraussetzungen, die durch soziale Unterschiede entstehen, für Gesundheit ermöglicht werden (→ Soziale Arbeit). „Eine emanzipatorische Gesundheitsförderung setzt so weit wie möglich auf Selbstheilungs- und Selbsthilfepotentiale der von HIV und AIDS berührten und betroffenen Menschen, anstatt Prävention ‚von oben‘ durchzuführen. Auf diese Weise können diese Menschen dazu befähigt werden, präventiv in ihrem eigenen Umfeld tätig zu werden. Für die AIDS-Hilfe-Arbeit bedeutet dieser Grundsatz in der heutigen Situation, dass die Erfahrungen dieser Menschen mit sozialer, kultureller, ökonomischer und sexueller Benachteiligung und Ausgrenzung und mit HIV/AIDS als chronischer Erkrankung im Mittelpunkt der Arbeit stehen“ (Sweers, 2000, nach Drewes et al., 2010, S. 21).

Die Arbeit von AIDS-Hilfen fokussiert also stärker „Bottom-up“- als „Top down“-Prozesse. *Peer Education*<sup>1</sup> als eine Empowerment-Maßnahme kann bei MSM, bei Menschen, die intravenös Drogen konsumieren, und bei (weiblichen) Sexarbeiterinnen gesundheitsfördernd wirken: So erhöht *Peer Education* nach einer Meta-Analyse von He und Kolleg\*innen (2020) die Wahrscheinlichkeit für HIV-Testungen sowie Kondomnutzung und reduziert die Wahrscheinlichkeit für ungeschützten Sex und Materialtausch (z. B. Spritzentausch). Für MSM zeigte sich meta-analytisch bei Pantalone und Kolleg\*innen (2020) Folgendes: Kombinierte Interventionen zur Stärkung des Empowerments wirken sich positiv (1.) auf das Wohlbefinden aus, (2.) können Substanzkonsum sowie (3.) sexuelles Risikoverhalten verringern und (4.) die Therapietreue bei der Einnahme der HIV-Medikamente (Adhärenz) erhöhen. Besonders effektiv sind Maßnahmen, die mehr als neun Sitzungen umfassen und sich an einzelne Individuen richten (anstatt an eine Gruppe; vgl. Werbrouck et al., 2018).

### **Maßnahmen für Männer, die Sex mit Männern haben**

Was bedeutet dies nun für die konkrete HIV-Präventionsarbeit für schwule Männer und andere MSM? Die schwule Community und queeren<sup>2</sup> Strukturen müssen für die HIV-Prävention einbezogen, genutzt und gestärkt werden (vgl. Drewes et al., 2010). Ohne Einbezug der Zielgruppe(n) und ihrer Lebensrealitäten laufen Maßnahmen die Gefahr, an den wirklichen Bedarfen und Möglichkeiten der anzusprechenden Menschen vorbeizugehen. Besonders wichtig ist deswegen der enge Austausch mit den Zielgruppen, etwa durch die aufsuchende Arbeit. Es geht darum, mit MSM in Kontakt zu treten, wo sie sich

---

<sup>1</sup> *Peer Education* im Kontext von HIV-Prävention meint das Lehren oder Teilen von Informationen und Verhaltensweisen zur sexuellen Gesundheit durch Mitglieder der gleichen HIV-vulnerablen Gruppe (vgl. Backes & Lieb, 2015).

<sup>2</sup> Unter dem Begriff „queer“ werden hier alle Menschen gefasst, die von heteronormativen Vorstellungen zu sexueller Orientierung, romantischer Orientierung, Beziehungsgestaltung und Geschlechtlichkeit abweichen (vgl. Henderson, 2019).

aufhalten. Dies kann z. B. in schwulen Kneipen sein, in queeren Zentren, im Rahmen von Christopher Street Days (CSDs) oder an Orten sexueller Begegnungen wie Cruising-Plätze<sup>3</sup>. Da sich manche MSM nicht als schwul oder queer verorten, darf sich nicht nur auf eine Art der Struktur fokussiert werden. Je nach Ort entscheiden sich die Präventionsangebote.

Auf CSDs, in Kneipen oder auf Partys mit schwulen und/oder queeren Publikum bieten sich beispielsweise sogenannte „Präventainment“-Angebote (Mischung aus Prävention und Entertainment, z. B. Quiz-Spiele, Kondomüberziehen auf ein Dildo mit Rauschbrille) an, um die Zielgruppe zu erreichen. Während sich Menschen unterhalten fühlen, gibt es die Möglichkeit, über sexuelle Gesundheit und HIV sowie andere STI zu sprechen. Da bei solchen Angeboten der Bezug zu HIV offensichtlich ist und dies für manche Menschen aufgrund der noch immer existierenden Stigmatisierung (Deutsche Aidshilfe, 2021; Hackbart & Thies, 2020) eine Zugangshürde darstellen kann, ist es notwendig, auch Angebote ohne einen direkten Bezug zu HIV zu initiieren. Hier sind die Gestaltung von Veranstaltungen, etwa Lesungen, Film- oder Spieleabenden, zu nennen. Alles, was die schwulen und queeren Strukturen aufbaut und stärkt, schafft Gelegenheiten für MSM, die eigene Identität zu stärken und ermöglicht somit Empowerment (s. o. Lebensweltansatz). Dabei ist das Empowerment in Bezug auf die sexuelle Orientierung genauso wichtig wie die Stärkung der Kompetenzen für die (sexuelle) Gesundheit (vgl. Pantalone et al., 2020).

Örtliche AIDS-Hilfen und deren Dachverbände sind in schwulen und queeren Strukturen vertreten, stärken sie und implementieren ihre Präventionsmaßnahmen. Der Ansatz der Strukturellen Prävention – und damit von Empowerment – war und ist in Deutschland erfolgreich. Insbesondere die Inzidenzen (Neuinfektionen pro Jahr) sinken bei MSM seit Mitte der 2000er (an der Heiden et al., 2020). Dies kann

---

<sup>3</sup> *Cruising* bedeutet hier die spontane Suche nach (meist anonymen) Sexpartner\*innen an Orten außerhalb des eigenen Lebensmittelpunkts wie Badeseen, Parkplätzen, Sexshops oder Darkrooms.

als Wirkung von Fortschritten in den Möglichkeiten zum Schutz vor HIV (s. Box 2) gewertet werden sowie als Folge guter, umfassender HIV-Präventionsarbeit für MSM.

## Fazit

Sexuelle Gesundheit fokussiert sowohl körperliches, als auch psychisches Wohlbefinden (vgl. BZgA & WHO Europe, 2011). Empowerment ist eine notwendige Strategie für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, die sich an den Bedarfen der Zielgruppen orientiert und Impulse dieser Gruppen aufgreift. Prävention und Gesundheitsförderung für queere Menschen muss – wie hier am Beispiel für HIV aufgezeigt – lebensweltakzeptierend sein, die queere Community stärken und soziale Ungerechtigkeit abbauen. Ansatzpunkte bieten dabei die Fachkräfte, welche eine bestimmte Haltung brauchen, wie auch die Zielgruppen mit den unterschiedlichsten Lebensrealitäten selbst. Empowerment ist in der HIV-Prävention in Deutschland schon lange wichtiger Teil der praktischen Arbeit (Drewes et al., 2010; Kraschl et al., 2010). Aktuelle Wirksamkeitsstudien in Deutschland liegen jedoch nicht vor – auch weil Empowerment ein sehr umfangreiches Konstrukt ist, das schwer erfassbar ist.

## Literatur

- AN DER HEIDEN, M., MARCUS, U., KOLLAN, C., SCHMIDT, D., GUNSENHEIMER-BARTMEYER, B., & BREMER, V. (2020). Schätzungen der Zahl der HIV-Neuinfektionen im Jahr 2019 und der Gesamtzahl von Menschen, die Ende 2019 mit HIV in Deutschland leben. *Epidemiologisches Bulletin*, 48/2020, 1-16. <https://doi.org/10.25646/7213>
- BACKES, H., & LIEB, C. (2015, 23. Juni). Peer Education. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i088-1.0>
- BORGETTO, B., WÜNSCHE, I., SCHWINN, S., & PFINGSTEN, A. (2020). Selbsthilfe. *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (7. Aufl.) (S. 932-952). Weinheim: Beltz Juventa.
- BRANDES, S., & STARK, W. (2021, 08. März). Empowerment/Befähigung. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i010-1.0>
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG & WELTGESUNDHEITSORGANISATION REGIONALBÜRO FÜR EUROPA (2011). Standards für die Sexualaufklärung in Europa. Rahmenkonzept für politische Entscheidungsträger, Bildungseinrichtungen, Gesundheitsbehörden, Expertinnen und Experten. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://www.bzga.de/infomaterialien/sexualaufklaerung/who-regional-buero-fuer-europa-und-bzga-standards-fuer-die-sexualaufklaerung-in-europa/>

- DEUTSCHE AIDSHILFE (2018). *Safer Sex 3.0. Mehr Schutz vor HIV. Du entscheidest* (2. Aufl.). Berlin: Deutsche Aidshilfe. <https://www.aidshilfe.de/shop/archiv/safer-sex-30>
- DEUTSCHE AIDSHILFE (2021). *Positive Stimmen 2.0. Mit HIV leben, Diskriminierung abbauen. Einblicke und Ergebnisse aus einem partizipativen Forschungsprojekt zum Leben mit HIV in Deutschland*. Berlin: Deutsche Aidshilfe. <https://www.aidshilfe.de/shop/positive-stimmen-20>
- DREWES, J., GUSY, B., KRASCHL, C., & KLEIBER, D. (2010). Strukturelle Prävention – eine Betrachtung aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive. In J. Drewes & H. Sweers (Hg.), *Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV* (S. 13-26). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe. <https://www.aidshilfe.de/shop/strukturelle-praevention-gesundheitsfoerderung-kontext-hiv>
- HACKBART, M., & THIES, B. (2020). Das HIV-Stigma in Deutschland: Was kann die Aufklärung über Schutz durch Therapie bewirken? *In-Mind Magazin*, 4/2020. <https://de.in-mind.org/article/das-hiv-stigma-in-deutschland-was-kann-die-aufklaerung-ueber-schutz-durch-therapie-bewirken>
- HARTUNG, S. (2020). Partizipation von Zielgruppen in der Prävention und Gesundheitsförderung. In O. Razum & P. Kolip (Hg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (7. Aufl.) (S. 736-737). Weinheim: Beltz Juventa.
- HE, J., WANG, Y., DU, Z., LIAO, J., HE, N., & HAO, Y. (2020). Peer Education for HIV Prevention among High-Risk Groups: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Infectious Diseases*, 20, Artikel 338. <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05003-9>
- HENDERSON, B. (2019). *Queer Studies. Beyond Binaries*. New York, NY: Harrington Park Press.
- HOFFMANN, C. (2020). ART 2020/2021. In C. Hoffmann & J. K. Rockstroh (Hg.), *HIV 2020/2021* (S. 42-44). Hamburg: Medizin Fokus Verlag. <https://www.hivbuch.de>
- IMMERFALL, S., LOSS, J., & SIMSHÄUSER, U. (2018). Partizipation und Gesundheitsförderung. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (S. 411-423). Bern: Hogrefe.
- KRASCHL, C., DREWES, J., & KLEIBER, D. (2010). Empowerment als Strategie in der HIV-Prävention. In J. Drewes & H. Sweers (Hg.), *Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV* (S. 151-169). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe. <https://www.aidshilfe.de/shop/strukturelle-praevention-gesundheitsfoerderung-kontext-hiv>
- MEIERJÜRGEN, R., & WARNKE, A. (2018). Empowerment. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (S. 141-154). Bern: Hogrefe.
- PANTALONE, D. W., NELSON, K. M., BATCHELDER, A. W., CHIU, C., GUNN, H. A., & HORVATH, K. J. (2020). A Systematic Review and Meta-Analysis of Combination Behavioral Interventions Co-Targeting Psychosocial Syndemics and HIV-Related Health Behaviors for Sexual Minority Men. *Journal of Sex Research*, 57, 681-708. <https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1728514>
- ROCKSTROH, J. K. (2020). Einleitung. In C. Hoffmann & J. K. Rockstroh (Hg.), *HIV 2020/2021* (S. 2-13). Hamburg: Medizin Fokus Verlag. <https://www.hivbuch.de>
- SPINNER, C., & HOFFMANN, C. (2020). Prävention der HIV-Infektion. In C. Hoffmann & J. K. Rockstroh (Hg.), *HIV 2020/2021* (S. 596-608). Hamburg: Medizin Fokus Verlag. <https://www.hivbuch.de>
- STÜRMER, S., & SALEWSKI, C. (2009). Chronische Krankheit als Stigma: Das Beispiel HIV/AIDS. In A. Beelmann & K. J. Jonas (Hg.), *Diskriminierung und Toleranz. Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven* (S. 263-281). Wiesbaden: VS.
- THE ANTIRETROVIRAL THERAPY COHORT COLLABORATION (2017). Survival of HIV-Positive Patients Starting Antiretroviral Therapy Between 1996 and 2013: A Collaborative Analysis of Cohort Study. *The Lancet HIV*, 4, 349-356. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30066-8](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30066-8)
- WELTGESUNDHEITSORGANISATION (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa. <https://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>

WERBROUCK, A., SWINNEN, E., KERCKHOFS, E., BUYL, R., BECKWÉE, D., & DE WIT, L. (2018). How to Empower Patients? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Translational Behavioral Medicine*, 8, 660-674. <https://doi.org/10.1093/tbm/iby064>

## **Autor\*innen**

**Marcel Hackbart** ist Diplom-Psychologe und Bildungsreferent bei der Akademie Waldschlösschen für das „Kompetenznetzwerk zum Abbau von Homosexuellen- und Trans\*feindlichkeit – Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Selbstbestimmung und Vielfalt!“, gefördert vom BMFSFJ im Rahmen des Bundesprogramms „Demokratie leben!“. Außerdem ist er Lehrbeauftragter und Doktorand am Institut für Pädagogische Psychologie der Technischen Universität Braunschweig.

Kontakt: [marcel.hackbart@waldschloesschen.org](mailto:marcel.hackbart@waldschloesschen.org) / [m.hackbart@tu-braunschweig.de](mailto:m.hackbart@tu-braunschweig.de)

**Simon Merz** ist Kommunikationswissenschaftler (M. A.) und Jugendbildungsreferent bei der Akademie Waldschlösschen im Programm „Politische Jugendbildung im AdB“, Projekt „Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt (er-)leben – in Ausbildung, Beruf und Alltag“, sowie Projektmitarbeiter für das „Kompetenznetzwerk zum Abbau von Homosexuellen- und Trans\*feindlichkeit – Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Selbstbestimmung und Vielfalt!“, gefördert vom BMFSFJ im Rahmen des Bundesprogramms „Demokratie leben!“. Zu Arbeits- und Forschungsschwerpunkten zählen sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in Gesellschaft und Privatleben, öffentliche Meinung und Gesundheitskommunikation.

Kontakt: [simon.merz@waldschloesschen.org](mailto:simon.merz@waldschloesschen.org) / [email@simonmerz.de](mailto:email@simonmerz.de)



---

Niels Graf

## **9. Substanzkonsum bei queeren Menschen: Zwischen Verbreitung und Defizitorientierung<sup>1</sup>**

Der Gebrauch psychoaktiver Substanzen kann mit ernsthaften negativen Konsequenzen für substanzgebrauchende Individuen und deren soziales Umfeld verbunden sein. Zugleich zeigt die Forschung eindeutig, dass queere<sup>2</sup> Menschen nicht nur häufiger Substanzen konsumieren als heterosexuelle, endo, cis Menschen, sondern auch mit einer signifikant höheren Wahrscheinlichkeit von sogenannten „substanzbedingten Störungen“ und „Sucht- bzw. Abhängigkeitserkrankungen“ betroffen sind (Green & Feinstein, 2012; Hughes & Eliason, 2002; Shelton, 2017).

Vor diesem Hintergrund zielt der vorliegende Beitrag darauf ab, den Forschungsstand zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei queeren Menschen darzustellen und kritisch zu diskutieren. Zu diesem Zweck werden zunächst aktuelle Daten aus der Forschung zu Substanzgebrauch bei queeren Menschen dargestellt und die wesentlichen Erklärungsansätze (→ *Gesundheitsmodelle*) für den vergleichsweise verbreiteten Substanzgebrauch diskutiert. Dabei wird insbesondere hervorgehoben, dass in der Forschung ein aus mehreren Gründen problematischer „defizitorientierter Blick“ dominant ist. Abschließend werden Lücken und Barrieren im Hinblick auf das bestehende Beratungs- und Behandlungsangebot zu Drogen und Sucht für queere Menschen skizziert.

---

<sup>1</sup> Der Beitrag ist ein bearbeiteter Wiederabdruck von Graf (2020). Vielen Dank an den Verlag Beltz Juventa für die Erlaubnis zum Wiederabdruck.

<sup>2</sup> Unter dem Begriff „queer“ werden hier alle Menschen gefasst, die von heteronormativen Vorstellungen zu sexueller Orientierung, romantischer Orientierung, Beziehungsgestaltung und Geschlechtlichkeit abweichen (vgl. Henderson, 2019).

## **Quantitative Befunde zum Substanzgebrauch bei queeren Menschen**

Der folgende Überblick über den Substanzgebrauch bei queeren Menschen bezieht sich primär auf Literatur aus dem anglo-amerikanischen Raum, da speziell für Deutschland nur wenige Daten verfügbar sind (Vogt, 2018). Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Ergebnisse aus verschiedenen Gründen, wie etwa der unterschiedlichen Sichtbarkeit queerer Communities, nicht unbedingt auf Deutschland übertragbar sind (Wolf, 2018). Der Überblick wird daher, wann immer möglich, mit aus Deutschland vorliegenden Daten ergänzt. Weiterhin wird zwischen Konsummustern von schwulen und anderen Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), lesbischen und bisexuellen Frauen sowie trans\* Menschen differenziert, da der Substanzgebrauch bei diesen Gruppen von teils erheblichen Unterschieden gekennzeichnet ist, die bei einer allgemeinen Betrachtung von queeren Menschen unsichtbar bleiben. Befunde zu inter\* Menschen liegen kaum bzw. gar nicht vor und können hier daher nicht gesondert fokussiert werden.

Schwule und andere Männer, die Sex mit Männern haben

Die Forschung zum Substanzkonsum bei queeren Menschen konzentriert sich auf schwule, bisexuelle und Männer, die sich als heterosexuell definieren, aber (auch) Sex mit Männern haben – unter dem Label „Männer, die Sex mit Männern haben“ (MSM → [Band 1 Sprache](#)) werden diese in den vorliegenden Studien meist als eine Gruppe betrachtet (Shelton, 2017).

Während manche Studien hinsichtlich des Gebrauchs von Alkohol bei MSM keine gravierenden Unterschiede gegenüber heterosexuellen Männern feststellen können (z. B. Medley et al., 2016), kommen manche Studien sogar zu dem Ergebnis, dass MSM weniger Alkohol konsumieren als heterosexuelle Männer und auch seltener alkoholbezogene Abhängigkeitssymptome zeigen (z. B. McCabe, Hughes, Bostwick, West, & Boyd, 2009). Ein gänzlich anderes Bild ergibt sich jedoch im Hinblick auf illegalisierte Substanzen. Der Gebrauch dieser Substanzen ist unter MSM weitaus verbreiteter als unter heterosexuellen Männern und MSM

scheinen auch eher von mit diesen Substanzen assoziierten „Störungen“ betroffen zu sein. Dies gilt in besonderem Maße für sogenannte „Party-“ oder „Clubdrogen“ wie Amphetamine, Ecstasy oder GHB/GBL (Gammahydroxybuttersäure/Gamma-Butyrolacton), wie es verschiedene landesweite Datensätze, die nach sexueller Orientierung unterscheiden, eindrucksvoll zeigen (Green & Feinstein, 2012). Nach Daten aus England und Wales ist die Wahrscheinlichkeit des Konsums einer illegalisierten Substanz in den letzten 12 Monaten bei MSM beispielsweise dreimal höher als bei heterosexuellen Männern – im Hinblick auf „Clubdrogen“ siebenmal höher (Bourne & Weatherburn, 2017). Für Australien gelten ähnliche Tendenzen. Hier ist, um nur ein Beispiel zu nennen, der Methamphetaminkonsum (Crystal Meth) unter MSM viermal höher (Roxburgh, Lea, de Wit & Degenhardt, 2016). Ein Vergleich zwischen Daten der jüngsten „Schwule Männer und HIV/Aids (SMHA)“-Befragung (Drewes & Kruspe, 2016) mit dem Epidemiologischen Suchtsurvey 2015 (Gomes de Matos, Atzendorf, Kraus & Piontek, 2016) deutet zumindest darauf hin, dass ähnliche Muster auch in Deutschland zutreffen. Demnach konsumierten 19,7 % der befragten MSM in den letzten 12 Monaten vor der Befragung (12-Monatsprävalenz) mindestens einmal Cannabis, während dies bei heterosexuellen Männern bei 7,4 % der Fall war. Die 12-Monatsprävalenzen für Ecstasy/Amphetamine, Kokain sowie Methamphetamin lagen bei 6,0 % (vs. 0,7 % für Ecstasy und 1,3 % für Amphetamine bei heterosexuellen Männern), 4,6 % (vs. 0,8 %) und schließlich 1,9 % (vs. 0,2 %).

Jenseits dieses allgemeinen Überblicks zeigen sich jedoch wichtige Unterschiede hinsichtlich des Substanzkonsums unter MSM. So lässt sich auf Grundlage des derzeitigen Forschungsstands festhalten, dass jüngere MSM eher Substanzen gebrauchen als ältere, wenngleich ein zunehmendes Alter ein im Vergleich zu heterosexuellen Männern weniger ausgeprägter Schutzfaktor für Substanzgebrauch zu sein scheint (Green & Feinstein, 2012; Shelton, 2017). Recht eindeutig belegt ist auch, dass MSM mit einer positiven HIV-Diagnose eher von Substanzgebrauch berichten als MSM mit einer negativen bzw. unbekanntem

HIV-Diagnose (z. B. The EMIS Network, 2013) – beide Tendenzen scheinen auf Grundlage der SMHA-Daten auch auf in Deutschland lebende MSM zuzutreffen (Drewes & Kruspe, 2016). Unklar bleibt, ob MSM mit weiteren Marginalisierungsbelastungen eher Substanzen gebrauchen als MSM im Allgemeinen. Daten aus verschiedenen europäischen Ländern deuten darauf hin, dass unter sozio-ökonomisch schlechter gestellten MSM und MSM mit Migrationserfahrung Substanzkonsum eher verbreitet ist (z. B. Bourne, Davey, Hickson, Reid & Weatherburn, 2017), Studien aus den USA hingegen können dies im Allgemeinen nicht bestätigen (Shelton, 2017). Diese Unklarheit verweist jedoch zumindest auf die Notwendigkeit eines intersektionalen Ansatzes (Crenshaw, 1991 → [Band 1 Intersektionalität](#)). Ebenfalls umstritten ist, ob unter bisexuellen Männern im Vergleich zu schwulen Männern eine höhere Prävalenz des Gebrauchs von Substanzen zu beobachten ist, da die bislang vorliegenden Studien diesbezüglich zu widersprüchlichen Ergebnissen kommen (Shelton, 2017).

#### Lesbische und bisexuelle Frauen

Die anfängliche wie aktuelle Forschung zum Substanzkonsum unter lesbischen und bisexuellen Frauen ist von einem deutlichen Fokus auf den Gebrauch von Alkohol gekennzeichnet (Shelton, 2017). Die vorliegenden Studien zeigen dabei eindeutig, dass lesbische und bisexuelle Frauen signifikant eher Alkohol gebrauchen als heterosexuelle Frauen und auch mit einer wesentlich größeren Wahrscheinlichkeit von alkoholbedingten Störungen bzw. Abhängigkeitssymptomen gekennzeichnet sind. Manche Autor\*innen kommen sogar zu dem Ergebnis, dass lesbische und bisexuelle Frauen hinsichtlich des Alkoholgebrauchs und damit eventuell verbundener Abhängigkeitserkrankungen auf einem Niveau mit heterosexuellen Männern liegen, die generell als die Gruppe mit dem höchsten Alkoholkonsum gelten (Green & Feinstein, 2012; Hughes & Wilsnack, 1997). So zeigt eine jüngere US-amerikanische Studie in diesem Sinne beispielsweise, dass 64 % der befragten lesbischen und bisexuellen Frauen im Monat vor der Befragung Alkohol

konsumiert haben – gegenüber 51 % der heterosexuellen Frauen und 61,6 % der heterosexuellen Männer (Medley et al., 2016). Im Hinblick auf substanzbedingte Störungen bzw. Abhängigkeitssymptome kommen etwa McCabe, West, Hughes und Boyd (2013) zu dem Ergebnis, dass die Wahrscheinlichkeit, dass eine lesbische Frau im Laufe ihres Lebens unter einer alkoholbezogenen Störung leidet im Vergleich zu heterosexuellen Frauen dreifach erhöht und auch im Vergleich zu heterosexuellen Männern signifikant höher ist.

Prinzipiell dokumentiert die Forschung auch erhöhte Prävalenzen des Gebrauchs illegalisierter Substanzen und damit möglicherweise assoziierter Suchtsymptomatiken unter lesbischen und bisexuellen Frauen (z. B. Wolf, 2015). Allerdings sind die diesbezüglichen Differenzen zwischen lesbischen und bisexuellen Frauen einerseits und heterosexuellen Frauen andererseits weitaus weniger ausgeprägt als im Fall von Alkohol. Verschiedene Autor\*innen schlussfolgern vor diesem Hintergrund, dass – im Gegensatz zu den Konsummustern von MSM – bei lesbischen und bisexuellen Frauen der Konsum von Alkohol eher problematisch ist als der Gebrauch von illegalisierten Substanzen (Cochran, Ackerman, Mays & Ross, 2004; Shelton, 2017).

Diese beiden allgemeinen Tendenzen werden von der bislang einzigen quantitativen Studie zu Substanzkonsum von lesbischen Frauen in Deutschland (Dennert, 2005) jedoch nur ansatzweise bestätigt. Demnach konsumieren Lesben in Deutschland zwar im Vergleich zu Repräsentativdaten zu in Deutschland lebenden Frauen insgesamt häufiger Alkohol. Im Gegensatz zu oben dargestelltem Muster gebrauchen lesbische Frauen in Deutschland jedoch laut Dennert (2005) auch weitaus eher illegalisierte Substanzen, da 22 % der lesbischen Befragten im Jahr vor der Erhebung Cannabis konsumiert haben (im Vergleich zu ca. 5 % der Frauen in Repräsentativdaten) und 4,2 % andere illegalisierte Substanzen, während dies bei Frauen in der Allgemeinbevölkerung nur bei knapp 1,3 % der Fall war.

Ähnlich wie bei schwulen und anderen MSM scheint auch für lesbische und bisexuelle Frauen zu gelten, dass jüngere Frauen mit einer

höheren Wahrscheinlichkeit Substanzen gebrauchen als ältere lesbische und bisexuelle Frauen, aber der Substanzkonsum mit zunehmenden Alter unter lesbischen und bisexuellen Frauen weniger abnimmt als bei heterosexuellen Frauen (Green & Feinstein, 2012; Wolf, 2015). Im Gegensatz zu den Konsummustern bei MSM deuten die vorhandenen Daten jedoch nicht darauf hin, dass lesbische und bisexuelle Frauen mit weiteren/mehrfachen Marginalisierungsbelastungen eher Substanzen gebrauchen (Parks & Hughes, 2005; Lee & Hahm, 2012). Dies ist insofern erstaunlich, als beispielsweise Frauen mit (vermuteter) Migrationserfahrung weitaus häufiger von queerspezifischen Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen betroffen sind als „weiße“ Frauen (Shelton, 2017) und derartige Erfahrungen als wesentliche Erklärungsfaktoren für einen erhöhten Substanzkonsum bei queeren Menschen gelten (s. u.). Wiederum im Unterschied zu MSM zeigt die Forschung auch relativ eindeutig, dass bisexuelle Frauen höhere Raten an Substanzgebrauch aufweisen als lesbische Frauen (McCabe et al., 2013; Shelton, 2017).

#### Trans\* und nicht-binäre Menschen

Die Datenlage zum Substanzgebrauch bei trans\* und nicht-binären Menschen<sup>3</sup> ist im Vergleich zu den Mustern des Drogenkonsums bei MSM und lesbischen sowie bisexuellen Frauen sehr begrenzt und bezieht sich zudem primär auf in den USA lebende trans\* Frauen (Hughes & Eliason, 2002; Shelton, 2017). Daher können in Bezug auf trans\* Personen an dieser Stelle nur recht allgemeine Aussagen zu Mustern des Substanzgebrauchs getroffen werden.

Gemäß einer Übersicht zu verschiedenen US-amerikanischen Studien zum Substanzgebrauch unter trans\* Personen liegen die durchschnittlichen Raten für (mindestens einmaligen) Drogengebrauch in

---

<sup>3</sup> In Anlehnung an einen Vorschlag des Bundesverbands Trans\* wird hier eine weite Definition des Begriffs „trans\*“ verwendet. Demnach umfasst „trans\*“ „alle Menschen, die sich nicht oder nicht nur dem Geschlecht zugehörig fühlen, das in ihrer Geburtsurkunde eingetragen wurde“ (Bundesverband Trans\*, 2019, S. 13 → [Band 1 Vielfalt](#)).

den letzten 12 Monaten bei 43,7 % für Alkohol, 26,7 % im Hinblick auf den Gebrauch irgendeiner illegalisierten Substanz und 20,2 % für Cannabis. Zwischen 11,2 % und 16,3 % der in den verschiedenen Studien befragten trans\* Personen erfüllten dabei die Kriterien einer „substanzbedingten Störung“. Demnach weisen trans\* Menschen im Hinblick auf illegalisierte Substanzen deutlich höhere Prävalenzraten auf als die US-amerikanische Allgemeinbevölkerung (im Hinblick auf Alkohol jedoch niedrigere) und sind in etwa doppelt so häufig von Suchtbelastungen betroffen (Herbst et al., 2008). Auch jüngere Studien aus den USA deuten in diese Richtung (z. B. Reback & Flechter, 2014). Ob dies auch im Hinblick auf Alkohol gilt, ist nach wie vor umstritten – zumindest stellt eine jüngere Übersichtsarbeit verschiedener Studien zum Alkoholgebrauch unter trans\* Personen sehr heterogene Ergebnisse heraus (Gilbert, Pass, Keuroghlian, Greenfield & Reisner, 2018).

Zur Situation in Deutschland liegen nur sehr wenige Daten vor. Die einzige aufzufindende Studie zum Substanzgebrauch unter trans\* Personen basiert auf den Angaben von 188 trans\* Personen, die geschlechtsangleichende medizinische Therapien am Universitätsklinikum Eppendorf (Hamburg) aufsuchten (Kürbitz, Becker & Nieder, 2018). Laut diesen Daten wurde für 5,8 % der Teilnehmenden ein schädliches oder abhängiges Alkohol- oder Drogenkonsumverhalten geschätzt. Die Prävalenz ist dabei höher für Alkohol (4,4 %) als für illegalisierte Drogen (2,5 %). Wenngleich es sich um eine sehr selektive Stichprobe handelt, können auf dieser Grundlage keine größeren Unterschiede zur Allgemeinbevölkerung ausgemacht werden und die große Mehrheit der Stichprobe praktiziert, wie es auch Kürbitz und Kolleg\*innen (2018) betonen, einen eher unauffälligen Konsum.

Zusammenfassend deuten insbesondere die Daten aus den USA auf eine erhöhte Prävalenz an insbesondere illegalisierten Substanzen und damit assoziierten Störungen hin, aber die Datenlage ist nach wie vor sehr begrenzt. Ein ähnliches Muster konnte für in Deutschland lebende trans\* Menschen bislang nicht bestätigt werden.

## **Erklärungsansätze: Warum sind Substanzgebrauch und substanzbedingte Störungen bei queeren Menschen eher verbreitet?**

Bei allen Unterschieden hinsichtlich der konkreten Muster des Drogenkonsums kann auf Grundlage der gegenwärtigen Studienlage also davon ausgegangen werden, dass unter queeren Menschen im Vergleich zu heterosexuellen, endo, cis Menschen erhöhte Prävalenzen von Substanzgebrauch und substanzbedingten Störungen vorherrschen. In der Literatur wird dieser Befund im Wesentlichen durch zwei verschiedene, aber komplementäre theoretische Ansätze erklärt (Green & Feinstein, 2012; Shelton 2017): (1.) sozial-kognitive Lerntheorien (→ [Gesundheitsmodelle](#)) und (2.) stresstheoretische Modelle (→ [Minoritätenstress](#)).

Nach der sozial-kognitiven Lerntheorie im Anschluss an Bandura (1991) werden individuelle Konsummuster wesentlich durch Beobachtung und Imitation des Konsumverhaltens im sozialen Umfeld „erlernt“ (Revenstorf & Metsch, 1986). In Bezug auf queere Menschen wird demnach davon ausgegangen, dass queere Communities schon historisch stark auf Orte und Aktivitäten fokussiert waren, in denen Alkohol und andere Drogen eine wichtige Rolle spielen oder zumindest leicht verfügbar sind. In diesem Sinne spielen etwa szenespezifische Bars und Clubs eine wichtige Rolle im sozialen Leben vieler queerer Menschen und waren für sie lange Zeit de facto die einzigen sicheren (Sozialisierungs-)Orte im öffentlichen Raum. Diese (zumindest lange Zeit gegebene) Fokussierung auf „drogenfreundliche“ Orte führe, so die Annahme, dazu, dass Substanzgebrauch in den sozialen Netzwerken von queeren Menschen recht verbreitet ist und „Konsumtrigger“ (konsumierende Freund\*innen und Bekannte, Bars/Clubs etc.) daher schwer zu vermeiden sind. Zudem werde Substanzgebrauch von queeren Menschen vor diesem Hintergrund eher als normalisiert und teils sogar wünschenswert wahrgenommen (Bourne & Weatherburn, 2017; Green & Feinstein, 2012). In diesem Sinne zeigen verschiedene Studien zu Substanzgebrauch unter queeren Menschen empirisch auf, dass mit der Frequentierung von Szene-/Communityorten und einer stärkeren Einbindung in queere Netzwerke der Substanzgebrauch zunimmt (z. B. Parks & Hughes, 2005; Rosario, Schrimshaw & Hunter, 2004).

Der zweite Erklärungsansatz bezieht sich auf stresstheoretische Modelle zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten, d. h. gruppenbezogene Gesundheitsunterschiede, die eng mit sozialer und/oder ökonomischer Benachteiligung verknüpft sind. Die Forschung zu queerer Gesundheit hat diese Modelle zunächst für Menschen nicht-heterosexueller Orientierung angepasst und später für trans\* Menschen erweitert (Meyer, 2003; Testa, Habarth, Peta, Balsam & Bockting, 2015). Diese Modelle verweisen darauf, dass queere Menschen neben generellen gesellschaftlichen Stressoren zusätzlichen sozialen Stressoren ausgesetzt sind, die sich spezifisch aus der Abweichung von der heteronormativen Gesellschaftsordnung ergeben. In diesem Sinne werden beispielsweise Diskriminierung, Gewalt und Ablehnung aufgrund der sexuellen und/oder geschlechtlichen Identität als sogenannte „distale“, objektiv belastende Stressoren konzeptualisiert, die überwiegend queere Menschen betreffen (Meyer, 2003; Testa et al., 2015). „Proximale“ Stressoren hingegen sind heteronormative gesellschaftliche Haltungen, die queere Menschen internalisiert haben. Hierzu zählen etwa antizipierte negative Erwartungen oder selbststigmatisierende Haltungen (Herek, Gillis & Cogan, 2009; Meyer, 2003). Aus dieser Perspektive stellt Substanzkonsum eine (bewusste oder unbewusste) Coping- oder Vermeidungsstrategie zum Umgang mit diesen Stressoren dar, die folglich zu erhöhten Prävalenzen an Substanzkonsum und damit evtl. verknüpften substanzbedingten Störungen unter queeren Menschen führen könnte (Meyer, 2003; Weber, 2008). Empirisch haben mittlerweile eine Vielzahl an Studien Assoziationen zwischen beiden Varianten von Stressoren und Substanzgebrauch sowohl im Hinblick auf lesbische, bisexuelle und schwule Menschen als auch – weniger umfangreich – trans\* Personen aufgezeigt. So konnte etwa gezeigt werden, dass Diskriminierung aufgrund der sexuellen oder geschlechtlichen Identität (z. B. Reisner, Greytak, Parsons & Ybarra, 2015; Slater, Godette, Huang, Ruan & Kerridge, 2017) oder familiäre Ablehnung infolge des Coming-Outs (z. B. Klein & Golub, 2016) die Wahrscheinlichkeit von Substanzkonsum signifikant erhöhen. Auch

in Bezug auf proximale Stressoren konnte beispielsweise gezeigt werden, dass internalisierter Heterosexismus oder Erwartungen zukünftiger Stigmatisierung das Risiko für Substanzgebrauch bei queeren Menschen erhöhen (z. B. Goldbach, Tanner-Smith, Bagwell & Dunlap, 2014; Ott & Garcia Nuñez, 2018).

### **Defizitorientierung bei der Betrachtung des Substanzkonsums queerer Menschen**

Beide theoretischen Perspektiven, die sozial-kognitiven Lerntheorien und die stressbezogenen Modelle, liefern überzeugende Erklärungen für den erhöhten Substanzgebrauch bei queeren Menschen, die auch empirisch gut belegt sind. In prinzipieller Hinsicht betonen allerdings beide Ansätze Risiken und Probleme in Bezug auf Substanzkonsum bei queeren Menschen wie etwa Diskriminierung, internalisiertes Stigma (→ [Band 1 Vorurteile](#)) oder konsumierende Peers und entsprechen insofern einer Perspektive, die von Herrick, Stall, Goldhammer, Egan und Mayer (2014) als „Defizitansatz“ bezeichnet wird. Dieser „Defizitansatz“ ist in der Forschung zur Gesundheit von queeren Menschen generell dominant und dadurch gekennzeichnet, dass er „Risiken“ anstatt Stärken und Ressourcen queerer Menschen in den Mittelpunkt rückt (Herrick et al., 2014). Während diese Defizitorientierung für einen Teil der Muster des Substanzkonsums bei queeren Menschen zwar überzeugende Belege liefert, tendiert die Fokussierung auf Risiken für Substanzkonsum jedoch zu einer Ausblendung der Tatsache, dass die meisten queeren Personen überhaupt keine Substanzen konsumieren oder mit dem Substanzkonsum zumindest keine negativen Folgen verbunden sind (Hall, Reback & Shoptaw, 2015). Tatsächlich zeigen alle Studien, die erhöhte Prävalenzen von Substanzkonsum und substanzbedingten Störungen bei queeren Menschen belegen, zumindest implizit und ohne dies zu betonen, dass trotz erhöhter Prävalenzen, die überwiegende Mehrheit queerer Menschen offenbar keine Substanzen gebraucht, geschweige denn Symptome substanzbedingter Störungen zeigt (s. o.). Die meisten queeren Menschen haben also offensichtlich

Stärken im Sinne einer Resilienz<sup>4</sup> entwickelt (→ *Salutogenese*), die sie trotz der Allgegenwart von insbesondere „distalen“ Stressoren davon abhalten, auf Substanzen zurückzugreifen oder problematische Konsummuster zu entwickeln (Hall et al., 2015; Herrick et al., 2014). Vor diesem Hintergrund wäre eine Perspektiverweiterung aus drei Gründen wünschenswert. Erstens kann eine „Defizitorientierung“ alleine die Muster des Substanzgebrauchs bei queeren Menschen offensichtlich nicht vollständig erklären. Hierzu wäre zusätzlich ein in der Resilienzforschung angelegter Fokus auf Ressourcen und Stärken notwendig, der aber – im Gegensatz zur Forschung zum Gesundheitsverhalten von heterosexuellen, endo, cis Menschen – in der auf queere Menschen bezogenen Gesundheitsforschung bislang kaum Berücksichtigung findet und erst in den Anfängen steckt (Herrick et al., 2014; Oldemeier & Timmermanns, 2020). Zweitens könnte ein Fokus auf Resilienz wichtige Aufschlüsse darüber geben, welche Ressourcen queere Menschen (unbewusst) dabei helfen, um Substanzkonsum zu vermeiden bzw. die damit verbundenen Risiken zu kontrollieren – Erkenntnisse, die für Präventions- und Beratungsangebote genutzt werden könnten. Schließlich ist der Substanzgebrauch unter queeren Menschen ohnehin mit gravierenden gesellschaftlichen Vorurteilen verbunden, die durch ein einseitiges, negativ gefärbtes Bild des Substanzgebrauchs bei queeren Menschen potenziell weiter gestützt werden (Hall et al., 2015; Shelton, 2017).

### **Beratungs- und Behandlungsangebote für substanzgebrauchende queere Menschen**

Wenngleich Substanzkonsum nicht mit negativen Konsequenzen verbunden sein muss, deuten die Prävalenzraten von Drogengebrauch und substanzbedingten Störungen bei queeren Menschen darauf hin, dass

---

<sup>4</sup> Gemeinsamer Nenner der unterschiedlichen Definitionen von Resilienz ist, dass es sich bei Resilienz um einen Prozess handelt, in dem Individuen trotz Risiken und belastenden Situationen Ressourcen und Stärken im Sinne einer positiven Bewältigungsstrategie entwickeln (Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2015).

Menschen einer sexuellen und/oder geschlechtlichen Minderheit einen vermutlich hohen Bedarf an drogenspezifischer Beratung und suchttherapeutischen Angeboten haben. Allerdings stellt das Gesundheitssystem allzu häufig einen weiteren Diskriminierungsort für queere Menschen dar (Antidiskriminierungsstelle des Bundes, 2017; European Union Agency for Fundamental Rights, 2014). Sie sind im Hilfesystem mit heteronormativen Vorstellungen konfrontiert, die beispielsweise für trans\* Menschen die Konsequenz haben, dass ihre geschlechtliche Wahrnehmung ignoriert oder gar negiert wird (Kost, 2021; Renner et al., 2020). Dementsprechend dokumentieren mehrere, vorwiegend US-amerikanische Studien diskriminierende Erfahrungen von queeren Menschen auch in Angeboten der Drogenberatung sowie Suchttherapie und zwar sowohl von Seiten der beratenden/behandelnden Personen als auch ausgehend von anderen hilfesuchenden Personen (vgl. Lyons et al., 2015; Senreich, 2009), die dazu führen, dass queere Menschen weniger Angebote aufsuchen, häufig unzufriedener mit den besuchten Angeboten sind und die Beratung/Behandlung eher abbrechen als heterosexuelle, endo, cis Menschen (Senreich, 2009). Derartige Erfahrungen haben zur Forderung nach queerspezifischen Beratungs- und Behandlungsangeboten geführt (z. B. Hicks, 2000), die teilweise auch von drogengebrauchenden queeren Menschen selbst gewünscht werden und einen sicheren Raum darstellen könnten (Dichtl, Graf & Sander, 2017; Lyons et al., 2015). In Deutschland existieren solche spezifischen Angebote bislang allerdings nur vereinzelt und begrenzen sich, wenn es sie überhaupt gibt, auf die Großstädte (insbesondere Berlin, Hamburg und Köln) mit großen queeren Communities (Dichtl, Graf & Sander, 2017; Kost, 2021; Wolf, 2015). Um auch queeren Menschen jenseits dieser Zentren einen Zugang zu möglichst positiv empfundenen Beratungs- und Behandlungsangeboten zu schaffen, in denen sie sich nicht verstecken müssen und respektvoll behandelt werden, scheint daher insbesondere die flächendeckende Etablierung und Förderung einer queeraffirmativen Beratungs- und Behandlungspraxis notwendig. Für die Institutionen und Organisationen, die Drogenberatung und

suchttherapeutische Angebote vorhalten, würde die Gestaltung einer solchen affirmativen Beratungs- und Behandlungspraxis Anpassungsmaßnahmen auf der strukturellen/organisationalen Ebene als auch auf der individuellen Ebene der Mitarbeiter\*innen nach sich ziehen (Shelton, 2017 → *Diversity Management*). Auf der strukturellen/organisationalen Ebene sollte insbesondere sichergestellt werden, dass die Angebote einen diskriminierungsfreien Raum darstellen und von queeren Menschen als Orte identifiziert werden können, an denen sie offen auftreten können (Wolf, 2018). Auf der Ebene der Mitarbeiter\*innen der Angebote beinhalten Elemente einer affirmativen Beratungs- und Behandlungspraxis – die eher eine Haltung als eine konkrete Methode darstellt – Folgendes (Singh, Hays & Watson, 2011; van den Bergh & Crisp, 2004; Wolf, 2015):

1. Auseinandersetzung mit den eigenen heterosexistischen, endo- und ciszentristischen Annahmen und Vorstellungen
2. Anerkennung von Ablehnungs-, Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen aufgrund der Geschlechtlichkeit und/oder sexuellen Orientierung
3. Wohlwollende Unterstützung der Klient\*innen während des Beratungs- bzw. therapeutischen Prozesses im Hinblick auf eine Stärkung der Akzeptanz der eigenen Identität und des Selbstbewusstseins sowie Coming-Out-Prozesse und ein offenes Leben
4. Kompetenzen zur Durchführung traumaspezifischer therapeutischer Angebote, wenn die Konsummotivationen und -kontexte durch „distale Stressoren“ bedingt sind

### **Fazit**

Queere Menschen scheinen, wie es aus vielen, insbesondere US-amerikanischen Studien hervorgeht, ein im Vergleich zu heterosexuellen, endo, cis Menschen erhöhtes Risiko zu haben, Substanzen zu ge-

brauchen und von „substanzbedingten Störungen“ betroffen zu sein. Während für lesbische, schwule und bisexuelle Menschen die Evidenz für dieses höhere Risiko robust erscheint, ist die Datenlage zu trans\*, nicht-binären und inter\* Menschen noch eher dürftig, die Ergebnisse sprechen aber auch hier für ein erhöhtes Risiko. Generell mangelt es an Studien, die nicht nur Defizite in den Blick nehmen, sondern auch Ressourcen herausarbeiten, die queere Menschen trotz des Erlebens von Stressoren helfen, Substanzgebrauch zu vermeiden bzw. damit verbundene Risiken zu minimieren. Zur Situation in Deutschland fehlen Daten fast gänzlich. Daher erscheint weitere Forschung wünschenswert und notwendig.

Das höhere Risiko queerer Menschen für Substanzgebrauch deutet auf einen erhöhten Bedarf an Drogenberatung und suchttherapeutischer Behandlung für queere Menschen als Zielgruppe hin. Spezifische Angebote existieren in Deutschland bislang aber lediglich in den Großstädten, weshalb außerhalb dieser Ballungszentren die Etablierung einer queeraffirmativen Beratungs- und Behandlungspraxis in Organisationen und Institutionen der Sucht- und Drogenhilfe notwendig ist. Die hierfür notwendigen Schritte erfordern jedoch ein erhebliches Maß an Aufklärungs- und Lobbyarbeit sowie den Willen zur Bereitstellung von Ressourcen, die u. a. für die entsprechende Aus- und Weiterbildung von Mitarbeiter\*innen der Drogenberatungs- und Suchttherapieeinrichtungen notwendig sind.

## Literatur

ANTIDISKRIMINIERUNGSSTELLE DES BUNDES (2017). Diskriminierung in Deutschland. Dritter Gemeinsamer Bericht der Antidiskriminierungsstelle des Bundes und der in ihrem Zuständigkeitsbericht betroffenen Beauftragten der Bundesregierung und des Deutschen Bundestages. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes. [https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/BT\\_Bericht/gemeinsamer\\_bericht\\_dritter\\_2017.html](https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/BT_Bericht/gemeinsamer_bericht_dritter_2017.html)

BANDURA, A. (1991). Sozial-kognitive Lerntheorie. Stuttgart: Klett-Cotta.

BOURNE, A., DAVEY, C., HICKSON, F., REID, D., & WEATHERBURN, P. (2017). Physical Health Inequalities among Gay and Bisexual Men in England: A Large Community-Based Cross-Sectional Survey. *Journal of Public Health*, 39, 290-296. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdw029>

- BOURNE, A., & WEATHERBURN, P. (2017). Substance Use among Men Who Have Sex with Men: Patterns, Motivations, Impacts and Intervention Development Need. *Sexually Transmitted Infections*, 93, 342-346. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2016-052674>
- BUNDESVERBAND TRANS\* (2019). Leitfaden Trans\* Gesundheit. Berlin: Bundesverband Trans\*. <https://www.bundesverband-trans.de/portfolio-item/leitfaden-trans-gesundheit/>
- COCHRAN, S. D., ACKERMAN, D., MAYS, V. M., & ROSS, M. W. (2004). Prevalence of Non-Medical Drug Use and Dependence among Homosexually Active Men and Women in the US Population. *Addiction*, 99, 989-998. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00759.x>
- CRENSHAW, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43, 1241-1299. <https://doi.org/10.2307/1229039>
- DENNERT, G. (2005). Die gesundheitliche Situation lesbischer Frauen in Deutschland. Herbolzheim: Centaurus Verlag.
- DICHTL, A., GRAF, N., & SANDER, D. (2017). Drogengebrauch von Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), in sexuellen Kontexten: Erfahrungen aus dem QUADROS-Projekt. *Rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 1/2017, 311-318.
- DREWES, J., & KRUSPE, M. (2016). Schwule Männer und HIV/Aids 2013. Schutzverhalten und Risikomanagement in den Zeiten der Behandelbarkeit von HIV. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe. <https://www.aidshilfe.de/shop/schwule-manner-hiv-aids-2013>
- EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS (2014). Being Trans in the European Union. Comparative Analysis of EU LGBT Survey Data. Wien: European Union Agency for Fundamental Rights. <https://fra.europa.eu/en/publication/2014/being-trans-eu-comparative-analysis-eu-lgbt-survey-data>
- GILBERT, P. A., PASS, L. E., KEUROGLIAN, A. S., GREENFIELD, T. K., & REISNER, S. L. (2018). Alcohol Research with Transgender Populations: A Systematic Review and Recommendations to Strengthen Future Studies. *Drugs and Alcohol Dependence*, 186, 138-146. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.01.016>
- GOLDBACH, J. T., TANNER-SMITH, E. E., BAGWELL, M., & DUNLAP, S. (2014). Minority Stress and Substance Use in Sexual Minority Adolescents: A Meta-Analysis. *Prevention Science*, 15, 350-363. <https://doi.org/10.1007/s11121-013-0393-7>
- GOMES DE MATOS, E., ATZENDORF, J., KRAUS, L., & PIONTEK, D. (2016). Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2015. *Sucht*, 62, 271-281. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000445>
- GRAF, N. (2020). Substanzkonsum unter LSBT\*: Zwischen erhöhter Prävalenz und Defizitorientierung. In S. Timmermanns & M. Böhm (Hg.), *Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Interdisziplinäre Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis* (S. 274-290). Weinheim: Beltz Juventa.
- GREEN, K. E., & FEINSTEIN, B. A. (2012). Substance Use in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: An Update on Empirical Research and Implications for Treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26, 265-278. <https://doi.org/10.1037/a0025424>
- HALL, T. M., REBACK, C. J., & SHOPTAW, S. (2015). Clinical Management of Substance Use Disorders among LGBT Individuals. In H. J. Makadon, K. H. Mayer, J. Potter & H. Goldhammer (Hg.), *The Fenway Guide to Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health* (2. Aufl.) (S. 227-267). Philadelphia, PA: American College of Physicians.
- HENDERSON, B. (2019). *Queer Studies. Beyond Binaries*. New York, NY: Harrington Park Press.
- HERBST, J. H., JACOBS, E. D., FINLAYSON, T. J., MCKLEROY, V. S., NEUMANN, M. S., & CREPAZ, N. (2008). Estimating HIV Prevalence and Risk Behaviors of Transgender Persons in the United States: A Systematic Review. *AIDS and Behavior*, 12, 1-17. <https://doi.org/10.1007/s10461-007-9299-3>

- HEREK, G. M., GILLIS, J. R., & COGAN, J. C. (2009). Internalized Stigma among Sexual Minority Adults: Insights from a Social Psychological Perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 32-43. <https://doi.org/10.1037/a0014672>
- HERRICK, A. L., STALL, R., GOLDHAMMER, H., EGAN, J. E., & MAYER, K. H. (2014). Resilience as a Research Framework and as a Cornerstone of Prevention Research for Gay and Bisexual Men: Theory and Evidence. *AIDS and Behavior*, 18, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s10461-012-0384-x>
- HICKS, D. (2000). The Importance of Specialized Treatment Programs for Lesbian and Gay Patients. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 3(3-4), 81-94. [https://doi.org/10.1300/J236v03n03\\_07](https://doi.org/10.1300/J236v03n03_07)
- HUGHES, T. L., & ELIASON, M. (2002). Substance Use and Abuse in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations. *Journal of Primary Prevention*, 22, 263-298. <https://doi.org/10.1023/A:1013669705086>
- HUGHES, T. L., & WILSNACK, S. C. (1997). Use of Alcohol among Lesbians: Research and Clinical Implications. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 20-36. <https://doi.org/10.1037/h0080208>
- KLEIN, A., & GOLUB, S. A. (2016). Family Rejection as a Predictor of Suicide Attempts and Substance Misuse among Transgender and Gender Nonconforming Adults. *LGBT Health*, 3, 193-199. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0111>
- KOST, C. (2021, 18. Januar). Trans und Sucht. Suchtberatung für geschlechtsdiverse Menschen. <https://www.konturen.de/fachbeitraege/trans-und-sucht/>
- KÜRBITZ, L. I., BECKER, I., & NIEDER, T. O. (2018). Substanzgebrauch im Kontext von Trans\*: Diagnostik und Implikationen. *Suchttherapie*, 19, 176-185. <https://doi.org/10.1055/a-0739-9801>
- LEE, J., & HAHM, H. C. (2012). HIV Risk, Substance Use, and Suicidal Behavior among Asian American Lesbian and Bisexual Women. *AIDS Education and Prevention*, 24, 549-563. <https://doi.org/10.1521/aeap.2012.24.6.549>
- LYONS, T., SHANNON, K., PIERRE, L., SMALL, W., KRÜSI, A., & KERR, T. (2015). A Qualitative Study of Transgender Individuals' Experiences in Residential Addiction Treatment Settings: Stigma and Inclusivity. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10, Artikel 17. <https://doi.org/10.1186/s13011-015-0015-4>
- MCCABE, S. E., HUGHES, T. L., BOSTWICK, W. B., WEST, B. T., & BOYD, C. J. (2009). Sexual Orientation, Substance Use Behaviors, and Substance Dependence in the United States. *Addiction*, 104, 1333-1345. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02596.x>
- MCCABE, S. E., WEST, B. T., HUGHES, T. L., & BOYD, C. J. (2013). Sexual Orientation and Substance Abuse Treatment Utilization in the United States: Results from a National Survey. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44, 4-12. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2012.01.007>
- MEDLEY, G., LIPARI, R. N., BOSE, J., CRIBB, D. S., KROUTIL, L., & MCHENRY, G. (2016, 11. Oktober). Sexual Orientation and Estimates of Adult Substance Use and Mental Health: Results from the 2015 National Survey on Drug Use and Health. [www.samhsa.gov/data/report/sexual-orientation-and-estimates-adult-substance-use-and-mental-health-results-2015-national](http://www.samhsa.gov/data/report/sexual-orientation-and-estimates-adult-substance-use-and-mental-health-results-2015-national)
- MEYER, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- OLDEMEIER, K., & TIMMERMANN, S. (2020). Defizite und Ressourcen in den Lebenswelten von LSBTQ\* Jugendlichen und jungen Erwachsenen: zwei Seiten einer Medaille. In S. Timmermanns & M. Böhm (Hg.), *Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Interdisziplinäre Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis* (S. 343-356). Weinheim: Beltz Juventa.
- OTT, A., & GARCIA NUÑEZ, D. (2018). Der Substanzkonsum von trans\* Personen aus der Minoritätenstressperspektive. *Suchttherapie*, 19, 193-198. <https://doi.org/10.1055/a-0715-0896>

- PARKS, C. A., & HUGHES, T. L. (2005). Alcohol Use and Alcohol-Related Problems in Self-Identified Lesbians. *Journal of Lesbian Studies*, 9(3), 31-44. [https://doi.org/10.1300/J155v09n03\\_04](https://doi.org/10.1300/J155v09n03_04)
- REBACK, C. J., & FLETCHER, J. B. (2014). HIV Prevalence, Substance Use, and Sexual Risk Behaviors among Transgender Women Recruited Through Outreach. *AIDS and Behavior*, 18, 1359-1367. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0657-z>
- REISNER, S. L., GREYTAK, E. A., PARSONS, J. T., & YBARRA, M. L. (2015). Gender Minority Social Stress in Adolescence: Disparities in Adolescent Bullying and Substance Use by Gender Identity. *Journal of Sex Research*, 52, 243-256. <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.886321>
- RENNER, J., TÄUBER, L., BLASZCYK, W., DEKKER, A., BRIKEN, P., & NIEDER, T. O. (2020). Psychotherapie mit trans Personen. Gesellschaftliche Herausforderungen und ein aktuelles E-Health-Projekt. *Psychotherapeutenjournal*, 19, 357-365.
- REVENSTORF, D., & METSCH, H. (1986). Lerntheoretische Grundlage der Sucht. In W. Feuerlein (Hg.), *Theorie der Sucht* (S. 121-150). Berlin: Springer.
- RÖNNAU-BÖSE, M., & FRÖHLICH-GILDHOFF, K. (2015). Resilienz und Resilienzförderung über die Lebensspanne. Stuttgart: Kohlhammer.
- ROSARIO, M., SCHRIMSHAW, E. W., & HUNTER, J. (2004). Predictors of Substance Use over Time among Gay, Lesbian, and Bisexual Youths: An Examination of Three Hypotheses. *Addictive Behaviors*, 28, 1623-1631. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.02.032>
- ROXBURGH, A., LEA, T., DE WIT, J., & DEGENHARDT, L. (2016). Sexual Identity and Prevalence of Alcohol and Other Drug Use among Australians in the General Population. *International Journal of Drug Policy*, 28, 76-82. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.11.005>
- SENREICH, E. (2009). A Comparison of Perceptions, Reported Abstinence, and Completion Rates of Gay, Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Clients in Substance Abuse Treatment. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 13, 145-169. <https://doi.org/10.1080/19359700902870072>
- SHELTON, M. (2017). *Fundamentals of LGBT Substance Use Disorders. Multiple Identities, Multiple Challenges*. New York, NY: Harrington Park Press.
- SINGH, A. A., HAYS, D. G., & WATSON, L. S. (2011). Strength in the Face of Adversity: Resilience Strategies of Transgender Individuals. *Journal of Counseling & Development*, 89, 20-27. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2011.tb00057.x>
- SLATER, M. E., GODETTE, D., HUANG, B., RUAN, W. J., & KERRDIGE, B. T. (2017). Sexual Orientation-Based Discrimination, Excessive Alcohol Use, and Substance Use Disorders among Sexual Minority Adults. *LGBT Health*, 4, 337-344. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0117>
- TESTA, R. J., HABARTH, J., PETA, J., BALSAM, K., & BOCKTING, W. (2015). Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2, 65-77. <https://doi.org/10.1037/sgd0000081>
- THE EMIS NETWORK (2013). *The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Findings from 28 countries*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/emis-2010-european-men-who-have-sex-men-internet-survey>
- VAN DEN BERGH, N., & CRISP, C. (2004). Defining Culturally Competent Practice with Sexual Minorities. *Journal of Social Work Education*, 40, 221-238. <https://doi.org/10.1080/10437797.2004.10778491>
- VOGT, I. (2018). Sexuelle Identität, der Konsum von Alkohol und anderen Drogen, gesundheitliche Probleme und Behandlungsansätze: Ein unsystematischer Forschungsüberblick. *Suchttherapie*, 19, 168-175. <https://doi.org/10.1055/a-0732-8207>

---

WEBER, G. N. (2008). Using to Numb the Pain: Substance Use and Abuse among Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals. *Journal of Mental Health Counselling*, 30, 31-48. <https://doi.org/10.17744/mehc.30.1.2585916185422570>

WOLF, G. (2015). Substanzgebrauch bei lesbischen und bisexuellen Frauen. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 47, 101-112.

WOLF, G. (2018). Trans\* und Substanzgebrauch: Bedingungen und Behandlungsempfehlungen. *Suchttherapie*, 19, 186-192. <https://doi.org/10.1055/a-0715-1084>

## **Autor\*in**

**Niels Graf** ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der School of Public Health der Universität Bielefeld und regelmäßig für verschiedene Auftraggeber\*innen wie die Deutsche Aidshilfe oder die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu Themen rund um Substanzgebrauch, Harm Reduction und sexuelle Gesundheit tätig.

Kontakt: [niels.graf@uni-bielefeld.de](mailto:niels.graf@uni-bielefeld.de)

## 10. Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt beim Sport

Sport ist ein fester Bestandteil moderner Gesellschaften. Sport umfasst dabei eine breite Palette an Tätigkeiten und ist der Oberbegriff für Sportarten mit unterschiedlichen Anforderungen. So gibt es unterschiedliche Ausdauer-, Ball-, Kraft-, Kampf- oder Wassersportarten. Sport kann eher mit gesundheitsbezogenen Zielen betrieben werden – die Rede ist dann von Gesundheits- oder Breitensport. Davon abzugrenzen ist der Leistungssport, bei dem der Wettkampf und die Leistungssteigerung bzw. der Erhalt eines hohen Leistungsniveaus angestrebt wird. Sport unterscheidet sich auch in der Sozialstruktur: Sport kann als Individualsport ohne größere soziale Einbettung oder als Mannschaftsport in festen Teams und Strukturen betrieben werden. Zu beachten ist, dass auch Individualsport in einem sozialen Kontext stattfindet; Joggen im Stadtpark oder der Besuch eines Fitnessstudios finden nicht isoliert von der Umwelt statt. Es werden öffentliche Orte bzw. gemeinsame Räumlichkeiten genutzt und Sporttreibende sind für andere sichtbar und treten gar in eine Interaktion.

Sport gilt gemeinhin als gesund. Langzeitstudien zeigen, dass die sportliche Betätigung die Gesundheit fünf Jahre später vorhersagt und das Auftreten von Adipositas, koronare Herzkrankheit, Diabetes Mellitus Typ 2, Alzheimer und Demenz bei sportlicher Betätigung reduziert ist (vgl. Reiner, Niermann, Jekauc & Woll, 2013). Meta-analytische Befunde bestätigen auch den Zusammenhang für die Sportarten Laufen und Fußball mit physischer Gesundheit (Oja et al., 2015). Interessanterweise ist der Zusammenhang für Radfahren und Schwimmen mehrdeutig und für andere Sportarten lässt er sich nicht nachweisen (Oja et al., 2015). Zu beachten ist jedoch, dass es zum Teil an entsprechenden Primärstudien liegt, die die gesundheitsförderlichen Effekte von spezifischen Sportarten untersuchen. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass Sport gesundheitsförderlich ist. Nach Empfehlungen der

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sollten Jugendliche von 12 bis 18 Jahren u. a. 90 Minuten Bewegungszeit und Erwachsene mindestens 150 Minuten pro Woche moderate körperliche Aktivität sowie zusätzlich zwei Tage pro Woche muskelkräftigende Aktivitäten umsetzen (Rütten & Pfeifer, 2017). Zu beachten ist, dass körperliche Aktivität nicht nur Sport umfasst, auch das Spielen auf dem Pausenhof bei Kindern und Jugendlichen oder ein Spaziergang stellen körperliche Aktivität dar. Sport führt jedoch schnell dazu, die Bewegungsempfehlungen der BZgA zu erfüllen.

### **Sportliche Betätigung von queeren Personen**

Queere<sup>1</sup> Personen unterscheiden sich im Mittel in der sportlichen Betätigung von heterosexuellen, endo, cis Referenzgruppen, wobei es innerhalb von queeren Personen auch Unterschiede gibt. Im Folgenden wird die sexuelle und romantische Orientierung sowie die geschlechtlichen Identität fokussiert, da Inter\* in den zu Grunde liegenden Studien kaum betrachtet wird. Eine US-amerikanische Studie mit Jugendlichen kam zu dem Ergebnis, dass schwule und bisexuelle männliche Jugendliche weniger Sport im Allgemeinen, lesbische und weibliche bisexuelle Jugendliche weniger Teamsport als heterosexuelle Jugendliche treiben (Mereish & Poteat, 2015). Eine deutschsprachige Studie mit Jugendlichen, die das Freizeitverhalten von queeren Personen untersuchte und mit Daten aus anderen Studien verglich, zeigte, dass schwule und bisexuelle männliche Jugendliche sowie vor allem trans\* Jugendliche weniger Sport treiben (Krell & Oldemeier, 2018). Auch in Bezug auf Schulsport in den USA zeigte sich, dass trans\* Jugendliche weniger sportlich aktiv sind (Clark & Kosciw, 2021).

Aus den Befunden leitet sich die Frage ab, was dazu führt, dass queere Personen im Mittel weniger sportlich aktiv sind und welche

---

<sup>1</sup> Unter dem Begriff „queer“ werden hier alle Menschen gefasst, die von heteronormativen Vorstellungen zu sexueller Orientierung, romantischer Orientierung, Beziehungsgestaltung und Geschlechtlichkeit abweichen (vgl. Henderson, 2019).

Barrieren existieren. Begründet werden kann dies mit Heteronormativität (→ [Band 1 Vielfalt](#)), die auch stark im Sport ausgeprägt ist. Sexismus, Vorurteile sowie Homo-, Inter\*- und Trans\*negativität werden als Bestandteil von Sportkulturen gesehen (Krane, 2019; Schweer, 2018 → [Band 1 Vorurteile](#)). So findet im Sport eine binäre Geschlechtertrennung bei vielen Wettkampf- und Mannschaftssportarten statt. Das Internationale Olympische Komitee hat erst jüngst eine Empfehlung zum Umgang mit geschlechtlicher Vielfalt zur Antidiskriminierung im (Wettkampf-)Sport veröffentlicht (International Olympic Committee, 2021).

Ferner spielen Geschlechtsrollennormen und Stereotype eine entscheidende Rolle. Frauen war lange Zeit im 20. Jahrhundert Sport nur dann gestattet, wenn er „weiblich“ genug wirkte. So war beispielsweise Frauenfußball bis Anfang der 1970er im Deutschen Fußballbund (DFB) untersagt (Mosebach, 2017). Fußball ebenso wie viele andere Sportarten, die Kraft und Ausdauer benötigen, gelten als „männlich“. Frauen, die Sport treiben, werden schnell abgewertet, z. B. als „Mannsweiber“. Erfüllen jedoch Frauen die geschlechtsrollenbezogenen Erwartungen an Weiblichkeit, wird die sportliche Leistung abgewertet. Dies trifft auch auf Männer zu, die sich vermeintlich „weiblich“ verhalten (vgl. Schweer, Plath & Müller, 2016). Konkret äußert sich diese Ablehnung ferner in diskriminierender, homo- und/oder trans\*negativer Sprache.

In einer Studie im Rahmen des Projekts Outsports mit 5.224 Befragten aus Europa gab mit 49 % knapp die Hälfte an, in den vergangenen 12 Monaten homo- oder trans\*negative Sprache wahrgenommen zu haben (Hartmann-Tews, Menzel & Braumüller, 2020). Davon fühlte sich mit 82 % die Mehrheit angegriffen. In Teamsportarten ist der Anteil derjenigen, die homo- und trans\*negative Sprache erlebt haben, statistisch bedeutsam höher als bei Individualsportarten (62 % vs. 45 %). Nicht-binäre Personen erleben ebenfalls statistisch bedeutsam mehr homo- und trans\*negative Sprache als cis Personen (53 % vs. 48 %). Sie erlebten aufgrund ihrer Geschlechtsidentität auch mehr negative Erfahrungen wie Beleidigungen oder körperliche Angriffe als cis Be-

fragte (27 % vs. 9 %). In der gesamten Stichprobe berichtete mehr als jede neunte Person (12 %) von negativen Erfahrungen im Sportumfeld aufgrund der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität.

### **Mehrebenenmodelle der Sportkultur**

Ein Mehrebenenmodell, welches das Erleben von queeren Sporttreibenden erklären soll, nimmt Faktoren auf drei Ebenen an: Der Makroebene, der Mesoebene und der Mikroebene (Cunningham, 2019). Es handelt sich um ein konzeptionelles Modell, das aufbauend auf empirischen Arbeiten entwickelt wurde. Es fokussiert Sporttreibende in einem bestehenden Sportsystem.

Die Makroebene umfasst gesellschaftliche und politische Rahmenbedingungen. Hierunter fallen neben der Gesetzgebung (→ [Band 1 Rechte](#)) auch sportpolitische Rahmenbedingungen. Konkret sind dies beispielsweise Regelungen zum Wettkampf- und Spielbetrieb von Verbänden, die mehr oder weniger inklusiv sein können oder ein binäres Geschlechtsverständnis betonen.

Die Mesoebene umfasst Aspekte, welche Organisationen und Gruppen betreffen (→ [Diversity Management](#)). Führungspersonen sowie informell bedeutsamen Personen wird eine zentrale Vorbildfunktion zugeschrieben. Trainierende, Betreuende, Übungsleitende, Funktionäre sowie Spielführende haben beispielsweise Einfluss auf die Einstellungen und das Verhalten anderer Sporttreibender. Die Aus- und Weiterbildung von Führungspersonen stellt einen weiteren Faktor dar. Dort kann z.B. für sexuelle und geschlechtliche Vielfalt sensibilisiert werden. Auch können konkrete Handlungskompetenzen vermittelt werden, die zum Abbau von Diskriminierung und Ausgrenzung beitragen. Als bedeutsamer Faktor wird auch die Organisationskultur genannt, die sich in Werten, Grundannahmen und Vorstellungen manifestiert und sich in Bezug auf die wahrgenommene psychologische Sicherheit unterscheiden kann. Diese ist dann hoch ausgeprägt, wenn Menschen innerhalb einer Organisation erleben, dass sie ihre Meinung, ohne negative Konsequenzen befürchten zu müssen, äußern können. Ins-

besondere geht es dabei auch um Aspekte der Selbstoffenbarung. Unabhängig der sexuellen Orientierung oder Geschlechtlichkeit können persönliche Meinungen und Äußerungen von anderen abgewertet werden. Dies reduziert die wahrgenommene psychologische Sicherheit. Eine hohe psychologische Sicherheit fördert hingegen das Offenbaren persönlicher Dinge (vgl. Edmonson, 1999). Das fehlende Sicherheits erleben stellt für viele queere Personen eine Barriere dar. Schwul-lesbische und queere Sportvereine wurden gerade deshalb gegründet, um queeren Personen ein psychologisch sicheres Umfeld zum Sporttreiben zu geben (→ [Empowerment](#)).

Auf der Mikroebene werden die eigene sexuelle und/oder romantische Orientierung und die eigene Geschlechtlichkeit sowie der Umgang damit genannt. So sind nicht-binäre Sporttreibende stärkerer Diskriminierung ausgesetzt (Hartman-Tews et al., 2020). Männliche Jugendliche, die sich nicht entsprechend der stereotypen Geschlechtsrollennorm verhalten und „geschlechtsrollen-nonkonform“ verhalten, treiben weniger Sport als weibliche Jugendliche, die dies tun (Calzo et al., 2014). Das Erleben kann zudem von eigenen Gefühlen (Stolz vs. Scham) geprägt sein.

Ein weiteres Modell bezieht sich auf Barrieren zur körperlichen Aktivität bei queeren Personen (Úbeda-Colomer et al., 2020). Es handelt sich um ein empirisches Modell, das sich aus der Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Barrieren ergab. Erklärt werden soll das Verhalten und nicht das Erleben in Sportorganisationen. Hier lassen sich vier Ebenen unterscheiden:

- Intrapersonelle Faktoren: Als Barriere werden motivationale Komponenten, wie fehlende Tätigkeitsfreude (Unlust), fehlende Selbstwirksamkeit in Bezug auf körperliche Aktivität oder das Gefühl, bei körperlicher Betätigung unansehnlich zu wirken, gesehen.
- Interpersonelle Faktoren: Als Barriere wird es gesehen, wenn Freund\*innen und/oder Familienmitglieder keinen Sport machen oder diesen nicht unterstützen.

- Soziale Umweltfaktoren: Als Barriere werden hier Geschlechtertrennung, fehlende Sensibilisierung von Übungsleitenden, Beleidigungen und Zurückweisungen sowie fehlende adäquate Umkleide- und Duschkmöglichkeiten aufgeführt.
- Organisationale Umweltfaktoren: Als Barrieren gelten hier fehlende Sportstätten in der Nähe, hohe finanzielle Kosten, unpassendes Sportangebot, fehlende queere Sportvereine und fehlende queersensible und -werbende Sportvereine/-studios.

Diese Faktoren lassen sich in das Mehrebenenmodell von Cunningham (2019) einordnen: Die intrapersonellen Faktoren entsprechen der Mikroebene, die anderen Faktoren wirken auf der Mesoebene. Sowohl das Mehrebenenmodell von Cunningham (2019) als auch das Modell von Úbeda-Colomer und Kolleg\*innen (2020) liefern Ansatzpunkte für Handlungsempfehlungen zur Förderung von sexueller und geschlechtlicher Vielfalt im Sport. Konkrete Ansätze wurden zudem im Projekt Outsports (Hartmann-Tews, Braumüller & Menzel, 2019) beschrieben, die sich größtenteils den Ebenen zuordnen lassen.

### **Förderung sexueller und geschlechtlicher Vielfalt im Sport**

Die Förderung auf der Makroebene geschieht z. B. durch einen sportpolitischen Rahmen. Im Westdeutschen Fußballverband wurde beispielsweise die Spielordnung erweitert, so dass Personen, die im Personenstandseintrag kein Geschlecht, divers oder ein anderes Geschlecht als „männlich“ oder „weiblich“ angegeben haben, entscheiden, ob sie am Herren- oder Frauenspielbetrieb teilnehmen (Westdeutscher Fußballverband, 2021). Neben der Förderung der geschlechtlichen Vielfalt ist dies eine Reaktion auf das „Gesetz zur Änderung der in das Geburtenregister einzutragenden Angaben“, das 2018 in Kraft getreten ist (→ [Band 1 Rechte](#)). Allgemeine politische Vorgaben beeinflussten also sportpolitische Vorgaben. Das Projekt Outsports schlägt zur Förderung sexueller und geschlechtliche Vielfalt im Sport weitere Handlungsmaßnahmen vor, die auf der Makroebene zu verorten sind (Hartmann-Tews et al., 2019)

- Die (Weiter-)Entwicklung von Aktionsplänen zur Förderung der sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt
- Verankerung von Antidiskriminierung (auch) in Bezug auf geschlechtliche und sexuelle Vielfalt in den Satzungen; dies ist auf der Makroebene anzusiedeln, wenn es sich um Verbandsatzungen handelt, die sich auf Vereine auswirken, Vereinssatzungen sind Bestandteil der Mesoebene
- Intersektorale Vernetzung mit Akteur\*innen verschiedener gesellschaftlicher Bereiche (z. B. Wissenschaft, Politik und Zivilgesellschaft mit ihren queeren Interessensvertretungen)

Ein Beispiel ist der 2012 verabschiedete Aktionsplan der Stadt Köln, der u. a. auch das Handlungsfeld Sport beinhaltet (Stadt Köln, 2021). Auf der Mesoebene kann die Förderung durch eine Positionierung für sexuelle und geschlechtliche Vielfalt durch Verbände und Vereine geschehen. Verbände und Vereine haben in den letzten Jahren Kampagnen gestartet und sich an anderen Kampagnen beteiligt. Oft geschieht dies – im Einklang mit der Handlungsempfehlung des Projektes Outsports – durch mediale Kampagnen. Beispielsweise ist hier die Beteiligung am *Pride Month* zu nennen. Hier haben viele Verbände und Vereine ihr Logo in Regenbogenfarben geändert und Unterstützung für queere Personen ausgesprochen. Eine weitere mediale Kampagne, die auf eine Unterstützung abzielt, ist die von dem Fußballmagazin „11Freunde“ initiierte Aktion „Ihr könnt auf uns zählen“. Im Magazin haben 800 Spieler\*innen aus dem Profi- und Amateurfußball homosexuellen Spieler\*innen ihre Unterstützung zugesichert. Die Aktion wurde von Medien aufgenommen und durch Verbände und Vereine unterstützt, so dass sie auch eine Wirkung auf der Makroebene erzielte. Wiederum auf der Mesoebene anzusiedeln ist die Aus- und Weiterbildung von Übungsleiter\*innen und Funktionär\*innen. Verschiedene Sportbünde auf Landes- und Kommunalebene haben hier bereits Lehrgänge in Programme aufgenommen (z. B. „Rolle(n) vorwärts: Geschlechtergerechtigkeit im Sport“, Landessportbund Nordrhein-Westfa-

len; „Geschlechtliche und sexuelle Vielfalt im Sport“, Landessportbund Sachsen-Anhalt; „Geschlechtliche Vielfalt im Sport“, Kreissportbund Göttingen-Osterode; „Vielfalt bewegt!“, Kreissportjugend Gifhorn). Dies entspricht ebenfalls einer Handlungsempfehlung des Projektes Outsports ebenso wie die Initialisierung von Ansprechpersonen (vgl. Hartmann-Tews et al., 2019). Verschiedene Verbände, einschließlich des DFB, haben solche Ansprechpersonen installiert. Eine häufige Herausforderung im Umgang mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt sind Geschlechtertrennungen im binären Geschlechtermodell, die sich auch baulich niederschlagen. Umgangsmöglichkeiten in Bezug auf fehlende Umkleide- und Duschkmöglichkeiten, die eine Barriere für queere Menschen darstellen können, bestehen beispielweise in der Nutzung einer Umkleide- und Duschkampel (s. Box 1).

Auf der Mikroebene können Beratungs- und Coachingangebote den selbstbestimmten Umgang mit der eigenen sexuellen Orientierung und der eigenen Geschlechtlichkeit im Sport fördern sowie auf eine Steigerung der Motivation oder einer Veränderung des sportbezogenen Selbstkonzeptes abzielen (→ [Gesundheitsmodelle](#)), um sexuelle und geschlechtliche Vielfalt im Sport zu fördern.

Fehlende Umkleide- und Duschräume stellen gerade für trans\*, inter\* und nicht-binäre Personen eine wesentliche Barriere dar, die vom Sporttreiben abhält. Gerade kleine Sportvereine verfügen nicht über ausreichende Ressourcen, um separate Umkleide- und Duschräume zur Verfügung zu stellen. Eine pragmatische Lösung besteht in der Nutzung von sogenannten Umkleide- und Duschkampeln.

Diese können z. B. anhand einer von sichtbar\* sportlich Agentur für sexuelle und geschlechtliche Vielfalt im Sport (2019) zur Verfügung gestellten Vorlage erstellt werden. Sie bestehen aus zwei Reglern. So kann angegeben werden, wer sich in der Dusche befindet. Dies geschieht über den Regler „Ich/Wir definiere/n mich/uns ...“. Zur Auswahl steht neben der Option, dass die Dusche frei ist, die Optionen weiblich, männlich, trans\*/inter\*/non-binär und gemischt. Ferner kann über einen weiteren Regler angegeben werden, mit wem die Dusche geteilt werden möchte. Hier stehen die Optionen niemand, egal sowie weiblich, männlich und trans\*/inter\*/non-binär zur Verfügung.

**Box 1:** Umkleide- und Duschkampel

## Fazit

Queere Personen treiben im Mittel weniger Sport als heterosexuelle, endo, cis Personen. Da Sport wiederum mit positiven Effekten auf die Gesundheit einhergeht wird darin eine Chancenungleichheit gesehen. Zu beachten ist, dass dennoch ein Großteil von queeren Personen Sport treibt. Eine Barriere für queere Personen wird vor allem in der Homo-, Inter\*- und Trans\*negativität, also Stigmatisierung und Diskriminierung (→ [Band 1 Vorurteile](#)), gesehen, denen viele queere Sportreibende ausgesetzt sind. Einflussfaktoren auf das Erleben von Akzeptanz sexueller und geschlechtlicher Vielfalt und das Verhalten lassen sich anhand von Mehrebenenmodellen beschreiben. Diese bieten auch Ansatzpunkte für Interventionen zur Förderung von sexueller und geschlechtlicher Vielfalt im Sport.

## Literatur

- CALZO, J. P., ROBERTS, A. L., CORLISS, H. L., BLOOD, E. A., KROSHUS, E., & AUSTIN, S. B. (2014). Physical Activity Disparities in Heterosexual and Sexual Minority Youth Ages 12-22 Years Old: Roles of Childhood Gender Nonconformity and Athletic Self-Esteem. *Annals of Behavioral Medicine, 47*, 17-27. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9570-y>
- CLARK, C. M., & KOSCIW, J. G. (2021). Engaged or Excluded: LGBTQ Youth's Participation in School Sports and Their Relationship to Psychological Well-Being. *Psychology in the Schools, 38*(1), 225-250. <https://doi.org/10.1002/pits.22500>
- CUNNINGHAM, G. B. (2019). Understanding the Experiences of LGBT Athletes in Sport: A Multilevel Model. In H. Anshel, T. A. Petrie & J. A. Steinfeldt (Hg.), *APA Handbook of Sport and Exercise Psychology, Volume 1: Sport Psychology* (S. 367-383). Washington, DC: American Psychological Association.
- EDMONDSON, A. (1999). Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. *Administrative Science Quarterly, 44*, 350-383. <http://dx.doi.org/10.2307/2666999>
- HARTMANN-TEWS, I., BRAUMÜLLER, B., & MENZEL, T. (2019). Sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentität und Sport: Ausgewählte Ergebnisse und Handlungsempfehlungen – Deutschland. Köln: German Sport University Cologne. [https://fis.dshs-koeln.de/portal/de/publications/sexuelle-orientierung-geschlechtsidentitaet-und-sport\(25351210-9ff3-4b64-aa7d-78efa7e24672\).html](https://fis.dshs-koeln.de/portal/de/publications/sexuelle-orientierung-geschlechtsidentitaet-und-sport(25351210-9ff3-4b64-aa7d-78efa7e24672).html)
- HARTMANN-TEWS, I., MENZEL, T., & BRAUMÜLLER, B. (2020). Homo- and Transnegativity in Sport in Europe: Experiences of LGBT+ Individuals in Various Sport Settings. *International Review for the Sociology of Sport, 56*, 997-1016. <https://doi.org/10.1177%2F012690220968108>
- HENDERSON, B. (2019). *Queer Studies. Beyond Binaries*. New York, NY: Harrington Park Press.
- INTERNATIONAL OLYMPIC COMMITTEE (2021, 16. November). IOC Framework on Fairness, Inclusion and Non-Discrimination on the Basis of Gender Identity and Sex Variations. <https://olympics.com/ioc/news/ioc-releases-framework-on-fairness-inclusion-and-non-discrimination-on-the-basis-of-gender-identity-and-sex-variations>

- 
- KRANE, V. (HG.) (2019). *Sex, Gender, and Sexuality in Sport: Queer Inquiries*. Abingdon: Routledge.
- KRELL, C., & OLDEMEIER, K. (2018). *Queere Freizeit. Inklusions- und Exklusionserfahrungen von lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans\* und\* diversen Jugendlichen in Freizeit und Sport*. München: Deutsches Jugendinstitut. <https://www.dji.de/ueber-uns/projekte/projekte/queere-freizeit/projekt-publicationen.html>
- MEREISH, E. H., & POTEAT, V. P. (2015). Let's Get Physical: Sexual Orientation Disparities in Physical Activity, Sports Involvement, and Obesity among a Population-Based Sample of Adolescents. *American Journal of Public Health*, 105, 1842-1848. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302682>
- MOSEBACH, U. (2017). *Sportgeschichte*. Aachen: Meyer & Meyer.
- OJA, P., TITZE, S., KOKKO, S., KUJALA, U. M., HEINONEN, A., KELLY, P., ET AL. (2015). Health Benefits of Different Sport Disciplines for Adults: Systematic Review of Observational and Intervention Studies with Meta-Analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 49, 434-440. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2014-093885>
- REINER, M., NIERMANN, C., JEKAUC, D., & WOLL, A. (2013). Long-Term Health Benefits of Physical Activity – A Systematic Review of Longitudinal Studies. *BMC Public Health*, 13, Artikel 813. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-813>
- RÜTTEN, A., & PFEIFER, K. (HG.) (2017). *Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://www.bzga.de/infomaterialien/fachpublikationen/sonderheft-03-nationale-empfehlungen-fuer-bewegung-und-bewegungsforderung/>
- SCHWEER, M. (2018). Sexismus und Homonegativität im Sport – Anmerkungen zum Status Quo interdisziplinärer Forschung. In M. K. W. Schweer (Hg.), *Sexismus und Homophobie im Sport* (S. 3-20). Wiesbaden: Springer VS.
- SCHWEER, M., PLATH, C., & MÜLLER, B. (2016). Homonegativität im Sport – Gendertypische Effekte am Beispiel des Frauen- und Männerfußballs. In J. Halberstadt, L. Hilmers, T. A. Kubes & S. Weingraber (Hg.), *(Un-)typische Gender Studies – neue interdisziplinäre Forschungsfragen* (S. 275-299). Opladen: Budrich.
- SICHTBAR\*SPORTLICH AGENTUR FÜR GESCHLECHTLICHE & SEXUELLE VIELFALT IM SPORT (2019). *Materialien*. Abgerufen am 01.11.2021 von <http://sichtbar-sportlich.de/materialien>
- STADT KÖLN (2021). *Selbstverständlich unterschiedlich: Aktionsplan der Stadt Köln zur Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Vielfalt. Kommunales Handlungskonzept zum Abbau von Diskriminierung von lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans- und intergeschlechtlichen Menschen*. Abgerufen am 14.11.2021 von [https://ratsinformation.stadt-koeln.de/vo0050.asp?\\_\\_kvonr=102390](https://ratsinformation.stadt-koeln.de/vo0050.asp?__kvonr=102390)
- ÚBEDA-COLOMER, J., GIL-QUINTANA, J., PEREIRA-GARCÍA, S., LÓPEZ-CAÑADA, E., PÉREZ-SAMANIEGO, V., & DEVÍS-DEVÍS, J. (2020). Development and Validation of the Barriers to Physical Activity and Sport Questionnaire for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Queer/Questioning Persons. *Public Health*, 185, 202-208. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.05.020>
- WESTDEUTSCHER FUSSBALLVERBAND (2021, 05. AUGUST). *Spielordnung (SpO)*. <https://wdfv.de/serviceportal/download-center.html>

## Autor\*in

**Dr. Hilko Paulsen** ist Psychologe, arbeitet hauptberuflich in der Organisations- und Personalentwicklung einer Verwaltung und verfügt über eine Zusatzausbildung als sportpsychologischer Experte. Er ist Fußballschiedsrichter im Amateurfußball und ehrenamtlich in der Weiterbildung von Schiedsrichter\*innen aktiv. Kontakt: [hilko.paulsen@googlemail.com](mailto:hilko.paulsen@googlemail.com)

---

Diana Martens

## **11. Lebenslagen von queeren Menschen mit Behinderung oder Beeinträchtigung im Gesundheitswesen – Empirische Befunde des Projekts NRW LSBTIQ\* inklusiv**

Lange Zeit wurde die Sexualität von Menschen mit Behinderung oder Beeinträchtigung sowohl in der Öffentlichkeit als auch von Fachleuten tabuisiert (Bundesvereinigung Lebenshilfe, 2016). Während sich in der Wissenschaft die Erkenntnis durchsetzte, dass Sexualität untrennbar zum Menschsein gehört, werden Menschen mit Beeinträchtigung häufig weiterhin als „geschlechtslos“ und ihre Sexualität als auffällig wahrgenommen. Diese Einstellungen sind nicht nur diskriminierend, sie schränken Menschen mit Beeinträchtigungen auch stark in ihrer Persönlichkeitsentwicklung ein. Entspricht beispielsweise die Geschlechtsidentität oder die sexuelle Orientierung der Betroffenen nicht der heteronormativ geprägten Sichtweise vieler Menschen (→ [Band 1 Vielfalt](#)), ist davon auszugehen, dass queere<sup>1</sup> Menschen mit unterschiedlichen Formen der Behinderung, chronischen Erkrankungen, psychischen und sonstigen Beeinträchtigungen (folgend LSBTIQ\* mit Beeinträchtigung<sup>2</sup>) noch häufiger Diskriminierungen ausgesetzt sind (→ [Band 1 Vorurteile](#)). Außerdem erleben LSBTIQ\* mit Beeinträchtigung deutlich mehr Minoritätenstress (Meyer, 2003 → [Minoritätenstress](#)), der das Wohlbefinden und folglich die physische Gesundheit negativ beeinflusst (→ [Band 1 Gesundheit](#)). Maßnahmen zur Enttabuisierung und zur Förderung von sexueller und geschlechtlicher Vielfalt und Selbstbestimmung sind vor diesem Hintergrund dringend notwendig.

---

<sup>1</sup> Unter dem Begriff „queer“ werden hier alle Menschen gefasst, die von heteronormativen Vorstellungen zu sexueller Orientierung, romantischer Orientierung, Beziehungsgestaltung und Geschlechtlichkeit abweichen (vgl. Henderson, 2019).

<sup>2</sup> LSBTIQ\* = lesbisch, schwul, bisexuell, trans\*, inter\*, queer und weitere (→ [Band 1 Vielfalt](#))

Eine wesentliche Voraussetzung zur Entwicklung von nachhaltigen Maßnahmen zur Förderung der sexuellen und geschlechtlichen Selbstbestimmung sowie der sozialen Teilhabe von LSBTIQ\* mit Beeinträchtigung ist es, die Erfahrungen, Bedarfe und Wünsche der Zielgruppe zu kennen. Um Abwertung und Ausgrenzung von LSBTIQ\* mit Beeinträchtigungen im Alltag, in den Einrichtungen der Behindertenhilfe und in den queeren Szenen nachhaltig begegnen zu können, ist ein wesentlicher Ansatz, zunächst zu ermitteln, wie LSBTIQ\* mit Beeinträchtigung Diskriminierung erfahren und erleben. Außerdem ist es notwendig, die Zielgruppe mit ihren Erfahrungen und Wünschen, soweit es möglich ist, in die Planung und Durchführung der Projekte einzubinden (→ [Empowerment](#)).

Bisher existierten allerdings nur wenig bis keine Daten über die Lebenslagen und Diskriminierungen von LSBTIQ\* mit Beeinträchtigung. Die wenigen Studien, Dokumentationen von Fachtagungen und Erfahrungsberichte, die zur Lebenslage von LSBTIQ\* und Menschen mit Beeinträchtigungen vorliegen, zeigen jedoch deutlich, dass Gewalt, Stigmatisierung und Diskriminierung in Bezug auf die Behinderung, sexuelle Orientierung und Geschlechtlichkeit ein prägender Teil ihrer Biografie und ihrer Lebenswirklichkeit sind (Beigang, Fetz, Kalkum & Otto, 2017; für HIV s. Deutsche Aidshilfe, 2021). Da LSBTIQ\* mit Beeinträchtigung eine Gruppe darstellen, die aufgrund der Mehrfachdiskriminierungen (→ [Band 1 Intersektionalität](#)) sowie der Tabuisierung von Sexualität und Behinderung besonders häufig und teilweise spezifische Diskriminierungserfahrungen machen, hat das Projekt NRW LSBTIQ\* inklusiv mit einer quantitativen Studie erste Daten über die Lebenslagen von in Deutschland wohnenden LSBTIQ\* mit Beeinträchtigung erhoben.

Der folgende Beitrag beschäftigt sich mit den Ergebnissen der Studie „Lebenswirklichkeiten und Problemlagen von LSBTIQ\* mit unterschiedlichen Formen der Behinderung, chronischen Erkrankungen, psychischen und sonstigen Beeinträchtigungen“ (Martens, Mohr, Struck & Vogt, 2020) des Projekts NRW LSBTIQ\* inklusiv. Die Stu-

die zeigt differenziert, dass LSBTIQ\* mit Beeinträchtigung überdurchschnittlich häufig Stigmatisierung, Mehrfachdiskriminierung und Ausgrenzung erleben. Der vorliegende Beitrag gibt einen Einblick in Diskriminierungserfahrungen, die LSBTIQ\* mit Beeinträchtigung alltäglich erleben. Fokussiert werden hier vor allem die Erfahrungen im Gesundheitsbereich und in besonderen Wohnformen. Es werden außerdem ergänzend Ergebnisse von Workshops und Ideenschmieden skizziert, deren Ziel es war, Maßnahmen zu entwickeln, die Diskriminierung abbauen und die Selbstbestimmung sowie die soziale Teilhabe von LSBTIQ\* mit Beeinträchtigung fördern (→ *Soziale Arbeit*).

### **Allgemeine Studienergebnisse**

Insgesamt liegen von 872 LSBTIQ\* mit Beeinträchtigung Angaben vor, davon haben 665 den Fragebogen vollständig ausgefüllt<sup>3</sup>. Die Stichprobe ist nicht repräsentativ für LSBTIQ\* mit Beeinträchtigung, da die Teilnehmenden hauptsächlich über soziale Netzwerke erreicht wurden (Gelegenheitsstichprobe; Döring & Bortz, 2016). Um ein differenziertes Bild zu erhalten, wurden außerdem 13 leitfadengestützte qualitativ ausgewertete Interviews mit LSBTIQ\* mit Beeinträchtigung und fünf Interviews mit Personen aus verschiedenen Arbeitskontexten für Menschen mit Beeinträchtigung durchgeführt.

Von allen befragten LSBTIQ\* mit Beeinträchtigung haben bereits 87 % Diskriminierungen in Bezug auf irgendein Merkmal (z. B. Geschlechtlichkeit, sexuelle Orientierung, Alter, Einkommen) erfahren. Im Vergleich dazu erfuhren laut einer repräsentativen Befragung im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes 31 % in den vergangenen zwei Jahren Diskriminierung aufgrund eines im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) genannten Merkmals (Beigang et al., 2017). Unter Berücksichtigung auch weiterer, nicht durch das AGG

<sup>3</sup> Geschlechtsangaben: 37 % cis-weiblich, 21 % cis-männlich, 20 % nicht-binär, queer oder agender, 16 % exklusiv trans\* oder Person mit Trans\*hintergrund und 2 % inter\*; Angaben zur sexuellen Orientierung: 22 % lesbisch, 20 % schwul, 38 % bi- oder pansexuell, 10 % queer, 6 % asexuell und 3 % heterosexuell; für eine detailliertere Stichprobenbeschreibung s. Martens und Kolleg\*innen (2020).

geschützter Merkmale (wie z. B. die sozioökonomische Lage) berichten in der Studie von Beigang und Kolleg\*innen (2017) knapp 36 % der Befragten von Diskriminierungserfahrungen. In der Studie des Projekts NRW LSBTIQ\* inklusiv werden Diskriminierungserfahrungen demnach mehr als doppelt so häufig berichtet als in der Allgemeinbevölkerung.

Abgefragt wurde innerhalb der Befragung, aufgrund welcher Merkmale die Personen diskriminiert wurden. Von den Befragten gaben 58 % an, in mindestens einem Lebensbereich (privates Umfeld, Schule, Arbeit, Gesundheitsbereich etc.) aufgrund ihrer sexuellen Orientierung Diskriminierung erfahren zu haben. Mehr als jede dritte Person wurde bezüglich der geschlechtlichen Identität (35 %) benachteiligt und knapp zwei Drittel (64 %) der Befragten wurden bezüglich der Beeinträchtigung diskriminiert. Insgesamt haben 85 % der befragten Personen bereits Diskriminierungen aufgrund ihrer sexuellen Orientierung, geschlechtlichen Identität oder Beeinträchtigung erlebt. In Bezug auf Mehrfachdiskriminierung zeigte sich, dass 45 % der Befragten gleichzeitig aufgrund ihrer LSBTIQ\* Identität (sexuelle Orientierung oder Geschlechtlichkeit) und ihrer Beeinträchtigung Diskriminierung erlebten.

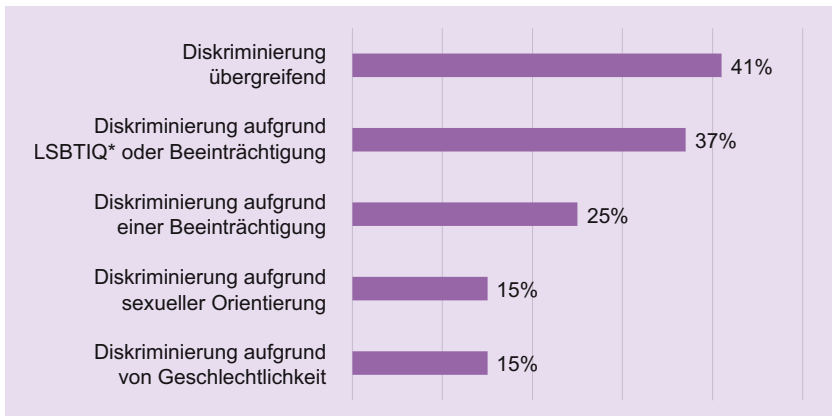
Besonders häufig gaben die befragten Personen an, dass sie ausgegrenzt, übergangen oder ignoriert wurden (72 %). Es wurden aber auch weitere Diskriminierungen in Form von verbaler Gewalt genannt. So gaben 67 % an, dass über sie getuschelt oder gelästert wurde. Beleidigungen oder Beschimpfungen erlebten 64 % der Befragten und 60 % haben die Erfahrung gemacht, dass ihnen unangenehme Fragen zu ihrem Privatleben gestellt wurden. Etwa ein Viertel (27 %) der Befragten wurde unfreiwillig und gegen ihren Willen geoutet, was trotz einer vermeintlich offenen Gesellschaft beträchtlichen Schaden in der Lebenswelt der geouteten Person anrichten kann. Darüber hinaus wurde nach Erfahrungen mit physischer Gewalt gefragt. Jede dritte befragte Person (35 %) wurde bereits körperlich bedroht oder angegriffen. Körperlich sexualisierte Übergriffe haben 16 % der befragten LSBTIQ\* mit Beeinträchtigung erlebt.

## Gesundheitsbereich

Die Fragen zum Gesundheitsbereich wurden von 678 LSBTIQ\* mit Beeinträchtigung beantwortet. Davon gaben 41 % der befragten Personen an, bereits im Gesundheitsbereich diskriminiert worden zu sein, und 37 % wurden in Bezug auf ihre sexuelle Orientierung, ihre Geschlechtlichkeit oder ihre Beeinträchtigung diskriminiert (s. Abbildung 1).

Von den Befragten berichteten 34 % der LSBTIQ\* mit Beeinträchtigung, dass sie bereits von Ärzt\*innen (inklusive Medizinischem Dienst der Krankenversicherungen und Psychiater\*innen) benachteiligt wurden, 15 % von Psychotherapeut\*innen, 9 % von Pfleger\*innen und 7 % von Sozialarbeiter\*innen. Von den 466 Personen, die eine psychische Erkrankung haben und daher vermutlich bereits in der Mehrheit Kontakt zu Psychotherapeut\*innen hatten, gab jede fünfte Person (20 %) an, bereits durch Psychotherapeut\*innen diskriminiert worden zu sein. Von den 45 erfassten Personen, die ambulant und/oder stationär von einem Pflegedienst unterstützt werden, gab jede vierte Person (25 %) an, bereits von Pfleger\*innen diskriminiert worden zu sein.

Über ein Viertel der LSBTIQ\* mit Beeinträchtigung (28 %) gab an, nicht die notwendige Behandlung oder Unterstützung erhalten zu haben. Statistisch besonders betroffen sind inter\* und trans\* Menschen.



**Abbildung 1:** Erlebte Diskriminierung im Gesundheitsbereich

In den Interviews wurden häufig Situationen beschrieben, in denen Krankheitssymptome vorschnell und fälschlicherweise auf eine bereits vorhandene psychische oder chronische Erkrankung zurückgeführt wurden. Bei 22 % der befragten Personen wurden unangebrachte Fragen zu ihrem Privatleben gestellt. Dies äußerte sich vor allem in einem besonderen Interesse an sexuellen Praktiken. Eine Person beschrieb folgende Situation: „Als ein Arzt erfuhr, dass ich schwul bin, fragte er mich danach jedes Mal, wenn ich dort war und irgendwas hatte – sei es Halsschmerzen oder Bauchweh oder egal was –, ob ich ungeschützten Geschlechtsverkehr gehabt hatte und machte unangemessene Kommentare.“ Etwa jede fünfte befragte Person (18 %) gab an, im Gesundheitsbereich ausgegrenzt, übergangen oder ignoriert worden zu sein. So berichteten in den Interviews Personen davon, nicht ernst genommen worden zu sein. Eine Person mit einer körperlichen Beeinträchtigung beschrieb, dass Ärzt\*innen ohne Notwendigkeit und ohne ihre Einwilligung mit ihrer Begleitperson sprachen. Ein anderes häufig genanntes Beispiel ist das Misgendern bzw. das Nutzen des Deadname (→ [Band 1 Trans\\*](#)). So heißt es in einer Aussage: „Es wurde nicht ernst genommen, dass ich nichtbinär bin und nicht mit Frau angesprochen werden möchte.“

In den offenen Angaben der Studie und den Interviews wurde häufig beklagt, dass unter Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen nur unzureichendes (medizinisch relevantes) Wissen über verschiedene Geschlechtsvarianten, Geschlechtsidentitäten und sexuelle Orientierungen besteht. So finden sich mehrere Berichte über Gynäkolog\*innen, die keine oder falsche Informationen zu sexuell übertragbaren Infektionen und deren Verhütung bei gleichgeschlechtlichem Geschlechtsverkehr vermittelt haben: „Da ich nur mit Cis-Frauen schlafe, bräuchte ich ihrer Ansicht nach keine Untersuchung, da kein Risiko bestünde, zu erkranken“ (→ [Gynäkologie](#)).

Über die Interaktion mit Gesundheitsfachkräften hinaus benannten 44 Personen (6 %) mangelnde Barrierefreiheit als Diskriminierungsform. Von diesen Personen gaben 61 % an, dass ihnen Unterstützung durch Mitarbeitende fehlte, 48 % fehlten Fahrstühle und ein Drittel

(34 %) vermisste Geländer an Treppen und Rampen sowie 20 % mangelte es an barrierefreiem Informationsmaterial zu Untersuchungen und Operationsmethoden.

### **Besondere Wohnformen**

Sexualität und Behinderung ist vielerorts immer noch ein Tabuthema (vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe, 2016). Besonders für Menschen, die aufgrund einer Beeinträchtigung des Körpers oder des Lernens in einer besonderen Wohnform leben und in der Ausübung ihrer Sexualität und Partner\*innenschaft in besonderem Maße auf die Unterstützung durch Mitarbeitende angewiesen sind, kann dies gravierende Folgen für ihre sexuelle Selbstbestimmung haben. Um diese spezielle Lebenssituation gesondert in den Blick zu nehmen, wurden diejenigen, die in einer besonderen Wohnform leben, zu ihrem Unterstützungsbedarf beim Thema Sexualität und Partner\*innenschaft befragt.

Aufgrund der Corona-(SARS-CoV-2-)Pandemie war es kaum möglich, Personen in besonderen Wohnformen bei der Bearbeitung des Fragebogens vor Ort bei der Durchführung der Studie zu unterstützen. Erreicht werden konnten dennoch 41 Personen, die im Erhebungszeitraum in einer Einrichtung stationär unterstützt wurden.

Ein Vergleich der Angaben dazu, wie viele Personen in welchem Bereich bereits Unterstützung erhalten und wie viele sich Unterstützung wünschen, lässt erheblichen Handlungsbedarf in der Eingliederungshilfe zur Ermöglichung einer selbstbestimmten Sexualität von LSBTIQ\* mit Beeinträchtigung deutlich werden:

- 22 % der 41 befragten Personen werden darin unterstützt, andere LSBTIQ\* zu treffen und Angebote der Szenen in Anspruch zu nehmen, 49 % wünschen sich hierbei mehr Unterstützung durch die Mitarbeitenden.
- 34 % der befragten Personen wird in einem offenen Umgang mit Sexualität (allgemein) unterstützt, 44 % wünschen sich hierzu mehr Unterstützung durch die Mitarbeitenden.

- 32 % der befragten Personen wird im Umgang mit Diskriminierungserfahrungen unterstützt, auch hier ist laut 41 % mehr Unterstützung gewünscht.
- Im Aufbau einer Beziehung werden lediglich 12 % der befragten Personen unterstützt, ein knappes Drittel (32 %) hat hier Unterstützungsbedarf.
- 34 % wird darin unterstützt, offen mit der eigenen Geschlechtsidentität umzugehen, und 27 % wünschen sich diesbezüglich mehr Unterstützung, deutlich größer ist der Unterstützungsbedarf bei trans\*, inter\* und non-binären Personen.
- 55 % der Personen gab an, in der Einrichtung keinen leichten Zugang zu Kondomen oder anderen Verhütungsmitteln zu haben. Lediglich eine der 41 befragten Personen wurde die Möglichkeit gegeben, Sexualassistenz in Anspruch zu nehmen.

Eine Leitungskraft bei einem Leistungserbringer der Eingliederungshilfe sah ein besonders großes Problem stationärer Angebote darin, dass kaum Orte und Räume für Intimität vorhanden ist: „Sexualität verlangt auch eine Intimsphäre, ganz eindeutig, und das ist schwieriger herzustellen als im normalen Umfeld, hier in der Einrichtung. Das ist ganz deutlich so. Und es gibt immer Leute, die irgendwie was mitkriegen, und die dann da ihre eigene Geschichte daraus machen und das ist für die Klienten, die das nicht möchten, total schwierig, das dann auch abzustellen.“

### **Handlungsempfehlungen für eine queer-inklusive Arbeit in der Behindertenhilfe**

In den Workshops „Ideenschmiede Vielfalt inklusiv – Wie werden wir LSBTIQ\* inklusiver?“ wurden auf Grundlage der Studienergebnisse und der Erfahrungen der Menschen Handlungsempfehlungen erarbeitet, die zum Diskriminierungsabbau von LSBTIQ\* mit Beeinträchtigung beitragen können. Sowohl LSBTIQ\* mit Beeinträchtigung als auch Vertreter\*innen der Behindertenhilfe und der queeren Szene nahmen an den Workshops teil. Die Ergebnisse sind im Folgenden dargestellt.

*Sensibilisierung:* Um Diskriminierungen effektiv abzubauen bedarf es in jedem Lebensbereich und vor allem im Gesundheitsbereich Maßnahmen, die Menschen für die Bedarfe von LSBTIQ\* mit Beeinträchtigung sensibilisieren. In der Öffentlichkeit kann dies durch Kampagnen, die Sichtbarmachung der Zielgruppe und der Bereitstellung von Informationsmaterialien geschehen. Aber auch in vielen beruflichen Kontexten ist eine möglichst frühe Sensibilisierung der Mitarbeitenden sinnvoll und notwendig. Eine erfolgreiche Sensibilisierung kann dazu beitragen, bereits eine Vielzahl der genannten Diskriminierungen und Barrieren zu verringern. Im Gesundheitsbereich und in der Behindertenhilfe sind systematische Selbstreflexionen im Kollegium für einen offenen Umgang mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt sinnvoll. Mitarbeitende können so ihre eigene Rolle reflektieren und z.B. hinterfragen, welche stereotypischen Bilder sie vermitteln. Nur weil sexuelle Orientierungen und Geschlechtlichkeit jenseits der zweigeschlechtlichen Norm nicht unmittelbar sichtbar sind, heißt das nicht, dass diese nicht vertreten sind oder nicht auftreten. Aus diesem Grund ist es wichtig, Strukturen zu schaffen, die die Sichtbarkeit von LSBTIQ\* mit Beeinträchtigung erlauben.

*Barrierefreiheit:* Alle Lebensbereiche sollen für Menschen mit und ohne Behinderung erreichbar, zugänglich und nutzbar sein. Häufig wird bei Angeboten oder Dokumenten Barrierefreiheit nicht mitgedacht oder es fehlen finanzielle Mittel, um Barrierefreiheit umsetzen zu können. Ein Umdenken in der Ressourcenverteilung ist sinnvoll, z.B. in Form von Angeboten, die spezifische Bedarfe von LSBTIQ\* mit Beeinträchtigung berücksichtigen (Gebärdensprachdolmetschung, bauliche Barrierefreiheit etc.). In der pädagogischen Arbeit sollten diversitätssensible und barrierearme Materialien genutzt werden. Bezüglich der Barrierefreiheit wurde außerdem deutlich, dass diese in vielen Fällen gar nicht bauliche Anpassungen, sondern Unterstützung durch Mitarbeitende bereits hilfreich sind (z.B. durch Vorlesen von Dokumenten).

*Vernetzung:* Um die Lebenslagen von LSBTIQ\* mit Beeinträchtigung zu verbessern, ist es notwendig, die relevanten Akteur\*innen in diesem Feld miteinander zu vernetzen, um die vorhandenen Kompetenzen

und Ressourcen optimal nutzen zu können. Vor allem Expert\*innen in eigener Sache aus der queeren Community sollten miteinbezogen werden. Im Bereich der Behindertenhilfe sind vielfältige Möglichkeiten des Austauschs und der Informationsvermittlung wichtig. Dies kann durch die Ausbildung von Bewohner\*innen als LSBTIQ\*-Beauftragte oder den Einsatz von Menschen aus der queeren Community passieren.

*Empowerment:* Trotz aller Emanzipationserfolge der letzten Jahrzehnte scheint die Gesellschaft nach wie vor heteronormativ geprägt zu sein. Aufgrund der zuvor dargestellten Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitsbereich stehen LSBTIQ\* mit Beeinträchtigung vor teilweise großen Hürden, um gesundheitsrelevante Angebote wahrzunehmen. Neben der Sensibilisierung der Mitarbeitenden sind aus diesem Grund auch Selbsterfahrungs- und Empowermentseminare für LSBTIQ\* mit Beeinträchtigung enorm wichtig. Empowerment unterstützt die Zielgruppe darin, Fähigkeiten zu entwickeln und zu verbessern, selbstbewusst ein nicht fremdbestimmtes Leben zu führen (→ Empowerment).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es ein Umdenken der Gesellschaft in allen Lebensbereichen braucht, um Diskriminierung im Gesundheitsbereich und in der Behindertenhilfe abzubauen. Für eine gelungene Antidiskriminierungsarbeit muss auf allen Diskriminierungsebenen gleichzeitig angesetzt werden. Damit stereotypisierende Bilder und die damit einhergehende Diskriminierung abgebaut werden können, braucht es einen langen Prozess (→ Band 1 Vorurteile).

## Literatur

BEIGANG, S., FETZ, K., KALKUM, D., & OTTO, M. (2017). Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung. Baden-Baden: Nomos & Antidiskriminierungsstelle des Bundes. [https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/expertise\\_diskriminierungserfahrungen\\_in\\_deutschland.html](https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/expertise_diskriminierungserfahrungen_in_deutschland.html)

BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE (2016). Sexualpädagogische Materialien für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen (6. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.

DEUTSCHE AIDSHILFE (2021). Positive Stimmen 2.0. Mit HIV leben, Diskriminierung abbauen. Einblicke und Ergebnisse aus einem partizipativen Forschungsprojekt zum Leben mit HIV in Deutschland. Berlin: Deutsche Aidshilfe. <https://www.aidshilfe.de/shop/positive-stimmen-20>

DÖRING, N., & BORTZ, J. (2016). Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften (5. Aufl.). Berlin: Springer.

HENDERSON, B. (2019). Queer Studies. Beyond Binaries. New York, NY: Harrington Park Press.

MARTENS, D., MOHR, S., STRUCK, P., & VOGT, F. (2020). LSBTIQ\* inklusiv NRW. Lebenswirklichkeiten und Problemlagen von LSBTIQ\* mit unterschiedlichen Formen der Behinderung, chronischen Erkrankungen, psychischen und sonstigen Beeinträchtigungen. Düsseldorf: Landesarbeitsgemeinschaft Lesben in NRW. <https://www.lsbtiq-inklusive.nrw>

MEYER, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>

## **Autor\*in**

**Diana Martens** (B. Sc. Health Communication) ist Projektkoordination des Projekts „NRW LSBTIQ\* inklusiv“, gefördert vom Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen. Kontakt: [info@lsbtiq-inklusive.nrw](mailto:info@lsbtiq-inklusive.nrw)

Weiterführende Informationen zum Projekt: <https://www.lsbtiq-inklusive.nrw/>



Diversity Management und  
Fortbildungen zur Förderung von Vielfalt



## 12. Diversity Management als Handlungsfeld im Gesundheitswesen

Diversität (oder Vielfalt) als Merkmal von Gesellschaft und Organisationen ist in der Wissenschaft vielfach diskutiert (→ [Band 1 Intersektionalität](#)) und in den Lebenswelten vor allem von Menschen mit Minoritätenmerkmalen – also Angehörigen gesellschaftlicher Minderheiten – präsent. Auf der gesellschaftlichen oder auch rechtlichen Ebene ist die Forderung nach Zugang zu Institutionen und Organisationen sowie gesellschaftlicher Teilhabe für alle Angehörigen einer Gesellschaft zentral. Für den organisationalen Kontext hat sich, angestoßen vor allem durch die Bürgerrechtsbewegungen in den USA, Diversity Management als organisationale Strategie zum Umgang mit zunehmender gesellschaftlicher Vielfalt entwickelt (Vedder, 2006). Es gibt zwar kein einheitliches Konzept erfolgreichen Diversity Managements, dennoch lassen sich aus den vorliegenden Konzepten und Studien wertvolle Hinweise auf die Gestaltung diversitätsorientierter Gesundheitssettings ziehen. Im Folgenden sollen zunächst Grundlagen des Diversity Managements erörtert und abschließend auf gesundheitsrelevante Kontexte übertragen werden.

### Entstehung des Diversity Managements

Diversity Management hat seine Wurzeln in den Bürgerrechtsbewegungen der USA (Vedder, 2006). Im historischen Verlauf haben sich stigmatisierte und diskriminierte Minoritäten<sup>1</sup> formiert: Zu nennen sind hier die *National Organization of Women*, das *American Indian Movement*, aber auch die *Stonewall Riots*. Bewegungen wie diese führten dann zu gesetzlichen Änderungen bzw. Regierungskommissionen wie den *Title VII of the Civil Rights Act* oder die *Equal Employment Opportunity Commission*. Zunächst stand die quantitative Integration von Minderheiten

---

<sup>1</sup> Minorität bzw. Minderheit wird hier verstanden als entweder zahlenmäßig kleinerer oder aber mit geringeren Machtmitteln ausgestatteter Bevölkerungsanteil.

(in der Regel über Quoten) im Vordergrund und führte teilweise zu Widerständen der Mehrheitsbevölkerung, z. B. der sogenannten *White-Anglo-Saxon-Protestants*. Erst die aufsehenerregende Studie *Workforce 2000* (Johnston & Packer, 1987), die klar berechnete, dass bereits in naher Zukunft künftige Arbeitnehmende schwer zu finden sein werden und insbesondere die sogenannten *High Potentials* (besonders talentierte Nachwuchsfachkräfte und -führungskräfte) zukünftig in Minderheitengruppen gesucht werden müssen, hat einen intensiveren Perspektivenwechsel angeregt. An dieser Entwicklung lassen sich die zwei unterschiedlichen Zielrichtungen von Diversity Management voneinander abgrenzen (Thomas & Ely, 1996; s. a. Vedder, 2006):

1. Die Business-Perspektive fokussiert den wirtschaftlichen Erfolg.
2. Die Equity-Perspektive fokussiert Gerechtigkeit und Gleichheitsprinzipien.

Auch die Europäische Union orientiert sich an (diskriminierten) Minderheiten und somit am „Konzept der besonderen Schutzwürdigkeit von Gruppen mit hohem Diskriminierungsrisiko und zielt auf die Verwirklichung des Diskriminierungsschutzes“ (Ulrich, 2016, S.254). Auf dieser Basis ist denn auch 2001 in Deutschland das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) als strukturell verankerte Möglichkeit, sich gegen Diskriminierungen zur Wehr setzen zu können, entstanden (→ [Band 1 Rechte](#)). In einem Standpunkt der Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2020b) wird explizit darauf hingewiesen, dass das AGG, welches Geschlecht und sexuelle Orientierung beinhaltet, auch auf medizinische Behandlungen anwendbar ist und Patient\*innen Ansprüche geltend machen können.

### **Diversität und Diversity Management in Organisationen**

Vor der Auseinandersetzung mit Diversity Management, also dem Umgang mit Vielfalt, ist zunächst zu klären, was Diversität eigentlich ist bzw. welche Merkmale zentral sind. Besonders prominent ist hier das

ursprünglich von Gardenswartz und Rowe (2003) entwickelte Four-Layers-Modell, das unterschiedliche, in Organisationen relevante Diversitätsmerkmale umfasst (→ [Band 1 Intersektionalität](#)): Ausgehend von (1.) der Persönlichkeit, die den Kern bildet, finden sich (2.) im Bereich der inneren Dimension mehr oder weniger unveränderliche Merkmale, daran anschließend folgen (3.) auf der äußeren Dimension eher lebensstilorientierte Merkmale wie Familienstand oder Freizeitverhalten sowie (4.) auf der organisationalen Dimension Aspekte wie Dauer der Zugehörigkeit zu einer Arbeitsstelle. Ergänzend gibt es die Unterscheidung in Surface-Merkmale (Oberflächenmerkmale), die mehr oder weniger schnell erschließbar sind wie Alter und Geschlecht, und Deep-Level-Merkmale (Tiefenmerkmale), die nicht unmittelbar erschließbar sind bzw. eher in der Interaktion oder der Selbstdarstellung von Individuen sichtbar werden.

In wissenschaftlichen Untersuchungen, teilweise auch in öffentlichen oder Social Media-Diskursen, wird oft ein Merkmal (z. B. Geschlechtlichkeit) fokussiert. Dies entspricht allerdings nicht der gesellschaftlichen bzw. der organisationalen Realität. Menschen bestehen aus individuellen Merkmalskonfigurationen, die für das Individuum, aber auch in unterschiedlichen Kontexten unterschiedlich relevant sein können. In der Organisationsanalyse hat sich denn auch das Faultline-Konzept (Verwerfungs- oder Grenzlinien-Konzept) etabliert, das es erlaubt, die Merkmalszusammenhänge in Gruppen zu analysieren (zur Messung von Diversität in Organisationen s. a. Schaeffer, 2016): Sogenannte *Faultlines* sind stark ausgeprägt, wenn Eigenschaften hoch miteinander zusammenhängen und wenig Subgruppen zu finden sind (Bouncken & Pesch, 2011), z. B. alle älteren Arbeitnehmenden sind auch Männer. Dies kann zur Folge haben, dass sich die Mitarbeitenden stark mit ihrer eigenen Gruppe (z. B. ältere Männer oder junge Frauen) identifizieren und Konflikte zwischen den Gruppen entstehen können (vgl. Theorie der sozialen Identität, Petersen, 2020 → [Band 1 Vorurteile](#)).

Diversität hat vor allem auf der Ebene von Teams nicht automatisch und nicht immer positive Effekte (vgl. Agars & Kottke, 2004). Mögli-

che Effekte, die in Studien besondere Beachtung gefunden haben, sind Sach- und Beziehungskonflikte, Gruppenzusammenhalt, Gruppenleistung und Arbeitszufriedenheit (Wegge & Schmidt, 2015). Thatcher und Patel (2011) konnten im Rahmen einer Meta-Analyse zeigen, dass Geschlechts- und ethnische Zugehörigkeit als Diversitätsmerkmale zu stärkerer Subgruppenwahrnehmung und -bildung (gemäß dem Faultline-Konzept) führen als Alter, Betriebszugehörigkeit und Bildungshintergrund. Die Stärke der *Faultlines* ging mit stärkeren Sach- und Beziehungskonflikten einher und senkte den Gruppenzusammenhalt. Darüber hinaus fanden sich Effekte auf die Teamleistung. Die gefundenen Effekte variieren allerdings mit der Teamgröße und zeigen sich insbesondere in kleineren Teams. Generelle Empfehlungen für die Teamkomposition können somit nicht gegeben werden, verweisen aber darauf, dass das Bewusstsein und der Umgang mit heterogenen Teams eine zentrale Kompetenz von Führungskräften darstellt. In dieser Hinsicht können Shemla und Wegge (2019) aufzeigen, dass die Identifikation mit dem Team bzw. die Förderung der Teamidentifikation eine Art Schlüsselvariable darstellt, um Diversität in Teams (hier speziell Bildungshintergründe) abzufedern bzw. positiv zu nutzen.

Auf der eher theoretischen Ebene verfolgt die intersektionale Perspektive (Crenshaw, 2010 → [Band 1 Intersektionalität](#)) ähnliche Überlegungen und adressiert explizit Doppel- bzw. Mehrfachdiskriminierungen (z. B. im Falle einer Merkmalskonfiguration von weiblich, älter, nicht-christlich, Migrationshintergrund). So erlebt beispielsweise ein schwuler Mann mit Behinderung Diskriminierung einerseits aufgrund seiner sexuellen Orientierung und seiner Behinderung separat, andererseits aufgrund der Kombination beider Merkmale (*Intersection* → [Beeinträchtigung](#)). Weitergehend haben beispielsweise weiße, heterosexuelle Männer mehr Privilegien. „Das Konzept der Intersektionalität [...] bezieht sich auf Macht- und Herrschaftsverhältnisse. Differenzkategorien werden nicht (nur) als Teil der Persönlichkeit, sondern im Zusammenhang mit sozialen Ungleichheiten gesehen“ (Wedl, 2018, S. 58 → [Band 1 Intersektionalität](#)).

Für den Umgang mit Merkmalsvielfalt verfolgt Diversity Management nun keine ausschließlich antidiskriminierende Strategie, die z. B. Regeln für den Umgang mit oder die Sanktionierung von Diskriminierung hat. Diversity Management geht darüber hinaus, ist proaktiv und verfolgt das Ziel, ein Organisationsklima zu schaffen, in dem sich Menschen jedweder Merkmalskonfiguration wohlfühlen können: „Diversity Management hat hierbei das Ziel, durch konstruktive (proaktive) Anerkennung, Wertschätzung und Gestaltung von Unterschieden zwischen Menschen in sozialen Einheiten die Potenziale der Vielfalt für eine effektive und innovative Erfüllung von Arbeitsaufgaben zu fördern und den möglichen Nachteilen der Vielfalt *entgegenzuwirken*“ (Wegge & Schmidt, 2015, S. 1). Natürlich sind Organisationen im aktuellen Status Quo von Diversität und dem Grad des betriebenen Diversity Managements verschieden. So unterscheiden Powell und Cox (1991, nach Agars & Kottke, 2004) verschiedene Organisationstypen, die mehr oder weniger homogen sind (beispielsweise die cis-männlich geprägten, monolithischen Organisationsformen) von pluralistischen, in denen Diversity Management Teil der Organisationskultur sein kann.

Was sind nun Kennzeichen eines Diversity Managements? Bei aller Unterschiedlichkeit vorliegender Konzepte besteht Konsens darüber, dass die Einführung eines Diversity Management-Systems von der Unternehmensspitze ausgehen muss, da zunächst eine Vision und vordringliche Handlungsfelder definiert werden müssen. Je nach Organisationstyp kann dies z. B. die Konzentration auf das eigene Personal oder auf Klient\*innen oder beides sein. Diversity Management beginnt in der Regel mit einer Status Quo-Analyse, also der Analyse des Ist-Zustandes, in der kennzahlengesteuert z. B. die Arbeitnehmenden- und Klient\*innenstruktur ermittelt wird (Krisor & Köster, 2016). Beham (2016) resümiert, dass Diversity Management neben der Ermittlung des Bedarfes (z. B. im Falle einer eher homogenen Mitarbeitendenstruktur) einer Verankerung in die Unternehmenspolitik bedarf, die dann in Zielvereinbarungen mit den Führungskräften mündet. Flankierende Maßnahmen sind ein systematisches Controlling, das die fortlaufende Evaluation der durchgeführten Maßnahmen impliziert, und eine diversitätsgerechte Personalpolitik.

## **Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt als Diversitätsmerkmale im Diversity Management**

Werden deutsche Organisationen und Institutionen intensiver betrachtet, ist offensichtlich, dass die Diversity-Diskussion in Deutschland nach wie vor eher eine Genderdebatte darstellt und vor allem die Frauenförderung adressiert (Rosken, 2010) und somit in einem binärem Geschlechtermodell verankert ist (z.B. beim BCG Gender Diversity Index Germany 2020, Voigt, van der Vegte & Welpé, 2021). Aktuellere wissenschaftliche Studien zeigen eine Reihe von interessanten und unmittelbar praxisrelevanten Befunden. So konnten Steffens, Viladot und Scheifele (2019) zeigen, dass die Genderkategorie (im binären Geschlechtermodell) nicht nur wahrnehmungs- und handlungsleitend wird, sondern auch zu negativen Effekten, z. B. auf das Wohlbefinden, führen kann, wenn Männer zahlenmäßig dominieren. Dies passiert aber auch, wenn Frauen die zahlenmäßig dominante Gruppe sind. Die Autor\*innen plädieren daher für ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis, um die negativen Effekte der Genderkategorie zu nivellieren. Johnson und Otto (2019) stellen fest, dass *Human Resource Management* als aktueller Zugang des Personalmanagements in Deutschland eher auf weiße, endo, cis und heterosexuelle Frauen fokussiert. In ihren Analysen kommen Johnson und Otto (2019) zu dem Schluss, dass die vielfältigen Diskriminierungen aufgrund von Gendermerkmalen (hier nicht-binär aufgefasst und somit verschiedene Geschlechtlichkeiten integriert) jeweils die gleiche Ursache haben: Heteronormativität, also die gesellschaftliche Erwartung, dass alle Menschen entweder männlich oder weiblich sind und sich vom jeweils anderen Geschlecht sexuell angezogen fühlen (→ [Band 1 Vielfalt](#)).

Geschlechtergerechtigkeit kann somit nur entstehen, wenn ein queer-feministischer, intersektionaler Rahmen gewählt wird – nicht zuletzt, da Genderdiskriminierungen auch in frauendominierten Arbeitskontexten stattfinden. Gestützt wird diese Schlussfolgerung durch Dunkelfeldstudien zu erlebten Diskriminierungen und Anfeindungen am Arbeitsplatz. In einer britischen Studie (Hoel, Lewis & Einarsdottir,

2017) wurde das Ausmaß an Mobbing (erlebte Diskriminierungen und Anfeindungen in den letzten 6 Monaten) erfasst. Von den heterosexuell identifizierten Menschen berichteten 6,4 % über solche Erlebnisse, bei nicht-heterosexuell identifizierten Menschen waren die Raten deutlich höher: 19,2 % für Bisexuelle, 16,9 % für Lesben und 13,7 % für Schwule. In einer etwas älteren amerikanischen Studie (Grant, Mottet & Tanis, 2011) berichteten 90 % der befragten trans\* Menschen Diskriminierungen und Anfeindungen.

Eine Befragung der Antidiskriminierungsstelle des Bundes (Beigang, Fetz, Kalkum & Otto, 2017) ergab, dass 13,2 % der homo- und bisexuellen Befragten Diskriminierung in einem Personalauswahlverfahren erlebten. Aufgrund der sexuellen Orientierung gekündigt worden zu sein, gaben 5,7 % an. Insbesondere kirchliche bzw. kirchlich getragene Arbeitgebende werden als diskriminierend beschrieben. Insgesamt gaben 10,6 % der homo- und bisexuellen Befragten an, Diskriminierungen am Arbeitsplatz erlebt zu haben. Im Detail berichteten (a) 7,4 %, dass ihre Leistung herabgesetzt wurde, (b) 5,3 % weniger Gehalt zu bekommen, (c) 8,6 % bei einer Beförderung oder Gehaltssteigerung übergangen worden zu sein (s. a. Frohn, Meinhold & Schmidt, 2017). Auch wenn Beigang und Kolleg\*innen (2017) explizit darauf hinweisen, dass auch inter\* und trans\* Menschen „eine potentiell vulnerable Gruppe für Diskriminierungserfahrungen anhand der Geschlechtsidentität“ (S.100) sind, wurde keine differenzierte Auswertung der Daten hinsichtlich geschlechtlicher Vielfalt vorgenommen.

Eine große Befragung in Deutschland mit 4.300 queeren<sup>2</sup> und 16.880 heterosexuellen, endo, cis Teilnehmenden (de Vries et al., 2020) ergab, dass etwa jede dritte queere Person (29,7 %) von Diskriminierung im Arbeitsleben innerhalb von zwei Jahren berichtet (sowie 13,9 % im Gesundheits- und Pflegebereich). Dies sind deutlich mehr als die

---

<sup>2</sup> Unter dem Begriff „queer“ werden hier alle Menschen gefasst, die von heteronormativen Vorstellungen zu sexueller Orientierung, romantischer Orientierung, Beziehungsgestaltung und Geschlechtlichkeit abweichen (vgl. Henderson, 2019).

10,6 %, die Beigang und Kolleg\*innen (2017) für sexuelle Orientierung angeben. Insbesondere trans\* Menschen erlebten Diskriminierung im Arbeitsleben aufgrund ihrer Geschlechtsidentität (43 %, de Vries et al., 2020). De Vries und Kolleg\*innen (2020) beschreiben das Geheimhalten der sexuellen bzw. amourösen Orientierung und/oder der eigenen Geschlechtlichkeit als eine Strategie im Umgang mit Diskriminierungen am Arbeitsplatz (vgl. Tröster & Pulz, 2020 → [Band 1 Vorurteile](#)). Bei de Vries und Kolleg\*innen (2020) sind 31,0 % der queeren Arbeitnehmenden gegenüber den Kolleg\*innen verschlossen bzw. „ungeoutet“ sowie 39,6 % gegenüber den Vorgesetzten. In einer Befragung von Frohn und Kolleg\*innen (2017) zeigte sich, dass 30,6 % mit niemanden oder nur mit wenigen über die sexuelle Orientierung und/oder queere Geschlechtlichkeit sprachen. Die internationale Studie „Out@Work“ (Boston Consulting Group, 2019) zeigte, dass sich in Deutschland 37 % der queeren Arbeitnehmenden am Arbeitsplatz gegenüber (fast) allen Kolleg\*innen outen (globaler Durchschnitt: 52 %), 36 % gegenüber einigen wenigen (globaler Durchschnitt: 31 %) und 27 % outen sich nicht am Arbeitsplatz (globaler Durchschnitt: 17 %). Damit ist Deutschland die Nation unter den untersuchten Ländern, in der sich die wenigsten queeren Menschen am Arbeitsplatz gegenüber (fast) allen Kolleg\*innen outen, obwohl 85 % dazu potentiell bereit wären.

Nach de Vries und Kolleg\*innen (2020) unterscheiden sich die Coming-Out-Raten je nach Wirtschaftszweig: „So gehen besonders wenige Beschäftigte in den Bereichen Land-/Forstwirtschaft, Fischerei, Bergbau, verarbeitendes Gewerbe, Energie-/Wasserversorgung, Abfallentsorgung und Baugewerbe offen mit ihrer sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität gegenüber Kolleg\*innen um (57 Prozent). Dieser Befund deckt sich mit dem geringen Anteil von LGBTQI\*-Beschäftigten in diesen Wirtschaftszweigen [...] und legt den Schluss nahe, dass die fehlende Akzeptanz von LGBTQI\*-Menschen in einigen Berufen ein Outing erschwert und bestimmte Branchen daher gemieden werden“ (S.626). Wirtschaftszweige, in denen queere Menschen besonders häufig einen Beruf ergreifen sind die Bereiche „Erziehung

und Unterricht“ sowie „Gesundheits- und Sozialwesen“ (de Vries et al., 2020; vgl. Frohn et al., 2017). Über alle Bereiche hinweg wünschen sich queere Arbeitnehmende ein offenes Betriebsklima gegenüber sexuellen und geschlechtlichen Minderheiten, was die Attraktivität von Unternehmen deutlich erhöhen kann (de Vries et al., 2020).

### **Diversity Management im Gesundheitssystem**

Mit Blick auf das Gesundheitssystem zeigen sich ebenfalls Konstellationen und Merkmalskonfigurationen, die wenig diversitätsorientiert sind. Neben den allseits bekannten Diskussionen um männlich orientierte Medizin und Pharmazie, die zu unterschiedlichen Diagnosen und Behandlungen führen können (Schreitmüller & Pfeleiderer, 2020; vgl. Criado-Perez, 2020 → [Gendermedizin](#)), verweisen Edge und Lemetyinen (2019) auf Analoges in der Psychotherapie: Menschen mit nicht-dominanten Merkmalen haben einen schwierigeren Zugang zum Gesundheitssystem, Psychotherapeut\*innen sind nach wie vor eine eher homogene Gruppe (aufgrund des Studiums höher gebildet und höherer Bildungshintergrund, eher bzw. zunehmend weiblich, Jaeggi, 2014) und wenig auf Lebenswelten außer der eigenen vorbereitet, so dass vielfältige Interaktionsprobleme entstehen können (→ [Band 1 Beziehung](#)). Verschiedene Aspekte können die Interaktion beeinflussen: Neben Stereotype und Vorurteile (→ [Band 1 Vorurteile](#)) sowie unterschiedliche Wertvorstellungen, z. B. in Bezug auf Fragen der körperlichen Autonomie bei Inter\* (→ [Band 1 Inter\\*](#) → [Band 1 Menschenbild](#)), erleben viele Menschen Hindernisse und Hürden bei der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems. Dies gilt auch für z. B. Asexualität als diversitätsrelevantes Merkmal (Flanagan & Peters, 2020): Kontakte mit Ärzt\*innen und Angehörigen weiterer Gesundheitsberufe werden als belastend erlebt – außer die Professionellen wissen von und um Asexualität (→ [Band 1 Asexualität](#)).

Im Gesundheitssystem relevant sind aber nicht nur Patient\*innen, sondern auch das Personal, die Gesundheitsfachkräfte, selbst. Nama, MacPherson, Sampson und McMillan (2017) haben beide Perspektiven,

also die der Patient\*innen und die des Personals, untersucht sowie Studierende der Medizin befragt. Die Studierenden berichteten Diskriminierungen vor allem durch andere Studierende. Queere Studierende berichteten darüber hinaus besonders häufig von erlebtem Heterosexismus – also von Haltungen, dass Heterosexualität die überlegene sexuelle Orientierung sei. Alle Studierende hatten aber wenig Sorgen für ihren eigenen angemessenen Umgang mit queeren Patient\*innen. Inzwischen liegen Konzepte vor, die queere Pflegekräfte stärken und stützen können – nicht nur im Team, sondern auch im Umgang mit diskriminierenden Patient\*innen (z. B. Lim & Borski, 2016). Davis und Berlinger (2014) stellen anhand eines Fallbeispiels dar, wie der Umgang mit queeren Patient\*innen verbessert werden kann bzw. affirmativer wird. Zentral ist hierbei, dass die Initiative von der Krankenhausleitung ausging und neben Leitbildern und Richtlinien auch Fortbildungen und Trainings für das Personal enthielt. Auch nahm das Krankenhaus am *Healthcare Equality Index Survey* teil, um den Erfolg der eigenen Maßnahmen extern beurteilen zu lassen. Positive Effekte ergaben sich insbesondere durch Richtlinien zum diskriminierungssensiblen und inklusiven Umgang (Beratung, Pflege, Visiten) mit allen Patient\*innen (explizit adressiert waren sexuelle Orientierungen und Geschlechtsidentität) und Mitarbeitenden sowie Trainings für eine queerorientierte, affirmative Pflege (→ [Band 1 Pflege](#)). Zusätzlich wurde eine „Saturday“-Klinik speziell für queere Menschen in einem niedrigschwellig erreichbaren Stadtteil initiiert. Auch Fachgesellschaften haben sich einer queerfreundlichen Gesundheitsversorgung verpflichtet. Zu nennen sind exemplarisch die Gesellschaft für Infektionskrankheiten der USA (Li, Sears & Chatterjee, 2018) und die Society for Adolescent Health and Medicine (2013).

### **Implementierung von Diversity Management**

Ein erfolgreiches Diversity Management-System ist kein Automatismus. Für die Implementierung ist es unerlässlich, alle Angehörigen der Organisation zu beteiligen. Nach Allen und Montgomery (2001; für verschiedene Modelle s. a. Agars & Kottke, 2004) ist zunächst ein

sogenanntes *Unfreezing* erforderlich. D. h., dass die vorherrschenden Organisationsroutinen aufgebrochen und bewusstgemacht werden, Visionen und Ziele müssen klar kommuniziert werden. Ein besonderes Augenmerk ist auf die Art der Kommunikation und die verwendeten Narrative zu legen. Darauf aufbauend erfolgt das *Moving*, also die eigentliche Implementierung von Maßnahmen und Interventionen. Diese beziehen sich auf die Personalrekrutierung, die Etablierung von Praktika, Trainings und Fortbildungen (→ [Band 1 Medizinpädagogik](#)) sowie von Mentoring-Programmen speziell für bisher benachteiligte oder unterrepräsentierte Gruppen. Auf dieser Basis und unter Beobachtung des Prozesses und erster Erfolge kann dann das *Refreezing* erfolgen. Prozeduren und Abläufe werden festgelegt, Arbeitsplatzbeschreibungen und Gratifikationssysteme erneuert bzw. erstellt. Im idealtypischen Fall sind erste Erfolge im Wettbewerb sichtbar (z. B. Zuwachs von Marktanteilen), da funktionalere Entscheidungsprozesse implementiert wurden, eine agilere Belegschaft besteht und die Organisation flexibler mit weiteren demografischen Wandlungsprozessen umgehen kann.

Die Einführung eines Diversity Managements ist facettenreich und umfasst verschiedene Arbeitsebenen. Zwei wesentliche, nämlich Personalrekrutierung und Trainings, sollen hier zunächst herausgegriffen werden. Auch wenn Organisationen diverser werden wollen, gelingt dies häufig nicht bzw. scheitert bei der Personalauswahl. Bereits in Stellenanzeigen können Organisationen gegen ihre Intention signalisieren, dass sie wenig diversitätsorientiert sind (Sprache, Verzicht auf explizite Passi, die Menschen aller Kulturen und Lebensstile adressieren etc. → [Band 1 Sprache](#)). Im Zuge der eigentlichen Personalrekrutierung finden sich häufig – bedingt durch automatisierte Informationsverarbeitungsprozesse – Vorteile für Bewerber\*innen, die den Einstellenden bzw. dem bereits vorhandenen Personal ähneln („Similarity-Attraction“-Prinzip<sup>3</sup>, „Think-

---

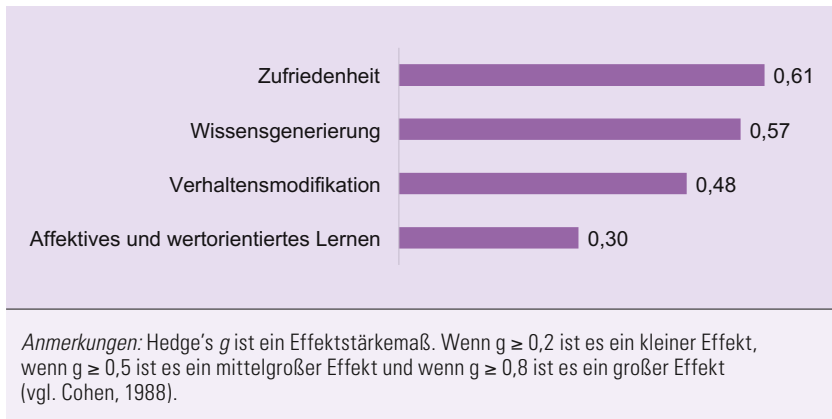
<sup>3</sup> Das „Similarity-Attraction“-Prinzip umschreibt die Tendenz von Menschen, sich mit ähnlichen Menschen zu umgeben bzw. diese besonders attraktiv zu finden.

Manager-Think-Male“-Prinzip<sup>4</sup>; s. Kersting & Ott, 2016). In einer Studie von Dietz, Joshi, Esses, Hamilton und Gabarrot (2015) zeigte sich, dass die Eigengruppenpräferenz bei der Personalauswahl (Präferenz für Mitglieder der eigenen Gruppe, z. B. Männer stellen eher Männer ein) am geringsten ist, wenn Diversity Management vom Unternehmen gefördert wird (vgl. Petersen & Dietz, 2020). Kersting und Ott (2016) schlagen vor, im Vorfeld von Bewerbungsgesprächen Anforderungsprofile zu erstellen und die Passung der bewerbenden Person nicht als Ähnlichkeit, sondern als Ergänzung zum bereits vorhandenen Personal zu betrachten. Der zusätzliche Einsatz standardisierter Eignungsdiagnostik erleichtert die Verhinderung stereotypbasierter Auswahlentscheidungen. Ist dies nicht möglich, sind heterogen besetzte Besetzungskommissionen hilfreich, da hier verschiedene Perspektiven einfließen.

Die Einführung eines Diversity Managements kommt in der Regel nicht ohne systematische Fortbildung aus, besonders effektiv sind hier Trainings. Bezrukova, Spell, Perry und Jehn (2016) kommen im Rahmen einer Meta-Analyse zu dem Schluss, dass Trainings durchgängig positive Effekte zeigen. Eine differenziertere Analyse zeigte allerdings, dass Trainings vor allem positiv auf das Wissen und Verhalten der Teilnehmenden wirken und die Effekte hier auch am längsten nachweisbar sind. Effekte auf Gefühle und wertorientierte Überzeugungen sind schwerer zu erzielen (s. Abbildung 1). Insgesamt ist die Wirkung von Diversity Trainings dann stärker, wenn diese in ein organisationales Gesamtkonzept eingebettet, also durch weitere Diversity Management-Maßnahmen flankiert werden. Für den queeren Kontext zeigte eine Studie von Pepping, Lyons und Morris (2018) ähnliches: Ein Training für Psychotherapeut\*innen hatte durchgängig positive Effekte auf die Behandlungsangebote, auch Homo- und Trans\*negativität gingen zurück – und zwar unabhängig von den Merkmalen der Therapeut\*innen.

---

<sup>4</sup> Das „Think-Manager-Think-Male“-Prinzip umschreibt die Tendenz von Menschen, bei dem Begriff Manager automatisch an einen Mann zu denken.



**Abbildung 1:** Effekte von Diversity Trainings in Hedge's  $g$  (nach Bezrukova et al., 2016)

Neben den Diversity Management-Maßnahmen zur Förderung von Diversität sind auch Maßnahmen für einen systematischen Diskriminierungsschutz hilfreich. Diese können wie folgt klassifiziert werden (Antidiskriminierungsstelle des Bundes, 2020a):

1. Monitoring: Befragungen zu Zusammensetzung von Personal und Patient\*innen bzw. Klient\*innen sowie zu Diskriminierungserfahrungen und -risiken
2. Vernetzung innerhalb der Organisation: Zusammenbringen aller Personen, die im Kontext Diversity Management agieren (z. B. Gleichstellungsbeauftragte, Behindertenbeauftragte)
3. Sensibilisierung und Empowerment: Fortbildungen und Trainings für Personal, Empowerment-Workshops für Angehörige einer Minderheit
4. Antidiskriminierungsberatung und Einrichten einer Beschwerdestelle nach AGG
5. Positive Maßnahmen: Vielfaltsförderung, Mentoring-Programme, Nachteilsausgleiche

Die bisherigen Ausführungen haben sich eher auf die positiven Ideen, die Diskriminierungsfreiheit von Diversity Management bezogen. Gerade bei der Einführung eines solchen Systems bzw. zu verschiedenen Phasen der Implementierung sind auch mögliche Gefahren zu beachten, wie beispielsweise im *Model of Full Integration* von Agars und Kottke (2004) dargelegt. Die Autor\*innen fokussieren Wahrnehmungs- und Informationsverarbeitungsprozesse und arbeiten heraus, dass sich Teile der Organisation durch anstehende Veränderungen bedroht fühlen können (Furcht vor Machtverlust, generell geringe Veränderungsbereitschaft) und dadurch das Vorhaben blockieren. Um die wahrgenommene Bedrohung so gering wie möglich zu halten, ist es wichtig, den Nutzen des Diversity Managements – für die Organisation, aber auch für Teams und Mitarbeitende sowie Klient\*innen – transparent zu machen und Gerechtigkeitsprinzipien zu beachten.

### **Fazit**

Die Betrachtung wissenschaftlicher Befunde zu Diversität und Diversity Management bietet eine Reihe von wertvollen Implikationen für die Gestaltung eines diversitätsgerechten Gesundheitswesens. Dies betrifft natürlich die Patient\*innen bzw. die Klient\*innen, aber auch die Mitarbeitenden.

Werden die oben dargestellten Befunde zusammen betrachtet, lässt sich für das Gesundheitswesen der Schluss ziehen, dass ein effektives Diversity Management zu überwiegend positiven Effekten führt, gleichzeitig aber durch diversity-kompetentes Führungspersonal umgesetzt werden muss. Im Zentrum steht zunächst die Schaffung eines Diversity-Bewusstseins in Gesundheitssettings und die Sicherstellung der Zugänglichkeit für alle Patient\*innen (Fortin & Maynard, 2018; Rees, Crowe & Harris, 2020). Dies schließt Erstkontakte mit ein, so dass Sprache und Kommunikation sowohl bei schriftlichem Informationsmaterial als auch telefonischen Kontakten erheblich darüber entscheiden können, ob Patient\*innen, aber auch neue Mitarbeitende sich willkommen fühlen können. Maßnahmen wie Trainings und Fortbil-

dungen liegen vielfältig vor und können sich auf die Bewusstmachung von Diversität, aber auch diversitätsgerechtes Verhalten beziehen und sind erfolgreich. Für den queeren Kontext sind hier die praxisnahen Konzepte „Praxis Vielfalt“ der Deutschen Aidshilfe (→ [Praxis Vielfalt](#)) und das „Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt®“ der Schwulenberatung Berlin (→ [Lebensort Vielfalt®](#)) zu nennen, da queere Menschen vielfach Diskriminierung am Arbeitsplatz erleben (Beigang et al., 2017; de Vries et al., 2020; Graml, Hagen, Ziegler, Khachtryan & Herman, 2020).

Für die Organisation, z. B. eines Krankenhauses, ist darüber hinaus wichtig, Diversity Management als Prozess zu begreifen, der fortlaufend reflektiert und ggf. evaluiert wird, damit eine grundsätzliche Offenheit gegenüber neuen Erfordernissen (z. B. erst noch relevant werdende Diversitätsmerkmale) besteht. In dieser Hinsicht konnten Reimer-Kirkham und Kolleg\*innen (2019) herausarbeiten, dass zur Optimierung der häuslichen Pflege in Kanada religiöse Überzeugungen ein hoch relevantes Diversitätsmerkmal darstellen können. Zudem sollte Diversity Management bzw. ein Bewusstsein über Diversität nicht erst im Gesundheitssetting ansetzen, sondern bereits in die relevanten Ausbildungskontexte (Medizinstudium, Ausbildungen zur Gesundheitspflege, aber auch im Verwaltungswesen) integriert werden. So resümieren Phelan und Kolleg\*innen (2017, S. 1193, eigene Übersetzung): „Medizinische Ausbildungsstätten können die Voreingenommenheit gegenüber Patient\*innen einer sexuellen und geschlechtlichen Minderheit verringern, indem sie negative Rollenmodelle abbauen, das Klima für Diversität verbessern und die Studierenden bzw. Auszubildenden auf die Betreuung für verschiedene und vielfältige Klient\*innen vorbereiten.“

## Literatur

AGARS, M. D., & KOTTKE, J. L. (2004). Models and Practice of Diversity Management: A Historical Review and Presentation of a New Integration Theory. In M. S. Stockdale & F. J. Crosby (Hg.), *The Psychology and Management of Workplace Diversity* (S. 55-77). Malden, MA: Blackwell.

ALLEN, R. S., & MONTGOMERY, K. A. (2001). Applying an Organizational Development Approach to Creating Diversity. *Organizational Dynamics*, 30, 149-161. [https://doi.org/10.1016/S0090-2616\(01\)00049-3](https://doi.org/10.1016/S0090-2616(01)00049-3)

- ANTIDISKRIMINIERUNGSSTELLE DES BUNDES (2020a). Bausteine für einen systematischen Diskriminierungsschutz an Hochschulen. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes. [https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Expertisen/bausteine\\_f\\_e\\_systematischen\\_diskriminierungsschutz\\_an\\_hochschulen.html?jsessionid=7EB263D684A2B6BB3F6D80A3202AAAAA3.1\\_cid351](https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Expertisen/bausteine_f_e_systematischen_diskriminierungsschutz_an_hochschulen.html?jsessionid=7EB263D684A2B6BB3F6D80A3202AAAAA3.1_cid351)
- ANTIDISKRIMINIERUNGSSTELLE DES BUNDES (2020b). Ist das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz auf medizinische Behandlungsverträge anwendbar? Standpunkte, 09/2020. [https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Standpunkte/01\\_Behandlungsvertraege.html](https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Standpunkte/01_Behandlungsvertraege.html)
- BEHAM, B. (2016). Die Umsetzung von Diversity Management in deutschen Unternehmen. In P. Genkova & T. Ringeisen (Hg.), *Handbuch Diversity Kompetenz: Band 1: Perspektiven und Anwendungsfelder* (S. 467-482). Wiesbaden: Springer.
- BEIGANG, S., FETZ, K., KALKUM, D., & OTTO, M. (2017). Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung. Baden-Baden: Nomos & Antidiskriminierungsstelle des Bundes. [https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/expertise\\_diskriminierungserfahrungen\\_in\\_deutschland.html](https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/expertise_diskriminierungserfahrungen_in_deutschland.html)
- BEZRUKOVA, K., SPELL, C. S., PERRY, J. L., & JEHN, K. A. (2016). A Meta-Analytical Integration of over 40 Years of Research in Diversity Training Evaluation. *Psychological Bulletin*, 142, 1227-1274. <https://doi.org/10.1037/bul0000067>
- BOSTON CONSULTING GROUP (2019, 28. Januar). Nur jedes dritte deutsche LGBT-Talent outet sich im Job. Abgerufen am 03.08.2021 von [https://www.bcg.com/de-de/press/BCG\\_2019\\_Jan28\\_PM\\_LGBT](https://www.bcg.com/de-de/press/BCG_2019_Jan28_PM_LGBT)
- BOUNCKEN, R., & PESCH, R. (2011). Divers und doch Produktiv? – Zum Umgang mit kultureller Diversität bei Dienstleistungsunternehmen. In M. Bruhn & K. Hardwich (Hg.), *Dienstleistungsproduktivität. Innovationsentwicklung, Internationalität, Mitarbeiterperspektive* (S. 241-261). Wiesbaden: Gabler.
- COHEN, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2. Aufl.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- CRENSHAW, K. W. (2010). Die Intersektion von „Rasse“ und Geschlecht demarginalisieren: Eine schwarze feministische Kritik am Antidiskriminierungsrecht, der feministischen Theorie und der antirassistischen Politik. In H. Lutz, M. T. Herrera Vivar & L. Supik (Hg.), *Fokus Intersektionalität. Bewegungen und Verortungen eines vielschichtigen Konzeptes* (S. 33-54). Wiesbaden: VS.
- CRIADO-PEREZ, C. (2020). *Unsichtbare Frauen. Wie eine von Daten beherrschte Welt die Hälfte der Bevölkerung ignoriert*. München: Btb.
- DAVIS, S., & BERLINGER, N. (2014). Moral Progress in the Public Safety Net: Access for Transgender and LGB Patients. *LGBT Bioethics: Visibility, Disparities, and Dialogue, Special Report*. Hastings Center Report, 44(5), S45-S47. <https://doi.org/10.1002/hast.370>
- DE VRIES, L., FISCHER, M., KASPROWSKI, D., KROH, M., KÜHNE, S., RICHTER, D., & ZINDEL, Z. (2020). *LGBTQI\*-Menschen am Arbeitsmarkt: hoch gebildet und oftmals diskriminiert*. DIW Wochenbericht, 36, 619-627. [https://doi.org/10.18723/diw\\_wb:2020-36-1](https://doi.org/10.18723/diw_wb:2020-36-1)
- DIETZ, J., JOSHI, C., ESSES, V. M., HAMILTON, L. K., & GABARROT, D. (2015). The Skill Paradox: Explaining and Reducing Employment Discrimination Against Skilled Immigrants. *International Journal of Human Resource Management*, 26, 1318-1334. <https://doi.org/10.1080/09585192.2014.990398>
- EDGE, D., & LEMETYINEN, H. (2019). *Psychology Across Cultures: Challenges and Opportunities*. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92, 261-276. <https://doi.org/10.1111/papt.12229>
- FLANAGAN, S. K., & PETERS, H. J. (2020). Asexual-Identified Adults: Interactions with Health-Care Practitioners. *Archive of Sexual Behaviour*, 49, 1631-1643. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01670-6>
- FORTIN, S., & MAYNARD, S. (2018). Diversity, Conflict, and Recognition in Hospital Medical Practice. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 42, 32-48. <https://doi.org/10.1007/s11013-015-9461-8>

- FROHN, D., MEINHOLD, F., & SCHMIDT, C. (2017). „Out im Office?!“ Sexuelle Identität und Geschlechtsidentität, (Anti-)Diskriminierung und Diversity am Arbeitsplatz. Köln: Institut für Diversity- und Antidiskriminierung. [https://www.diversity-institut.info/studien\\_ida.html](https://www.diversity-institut.info/studien_ida.html)
- GARDENSWARTZ, L., & ROWE, A. (2003). *Diverse Teams at Work. Capitalizing on the Power of Diversity*. Alexandria, VA: Society for Human Resources Management.
- GRAML, R., HAGEN, T., ZIEGLER, Y., KHACHATRYAN, K., & HERMAN, R. A. (2020). *The L-Word in Business. Eine Studie zur Situation lesbischer Frauen in der Arbeitswelt – mit Handlungsempfehlungen für Arbeitgeber\_innen*. Berlin: Bundesstiftung Magnus Hirschfeld. <https://mh-stiftung.de/2020/11/24/neue-broschuere-lword/>
- GRANT, J. M., MOTTET, L. A., & TANIS, J. (2011). *Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality, National Gay and Lesbian Task. <https://www.thetaskforce.org/injustice-every-turn-report-national-transgender-discrimination-survey/>
- HENDERSON, B. (2019). *Queer Studies. Beyond Binaries*. New York, NY: Harrington Park Press.
- HOEL, H., LEWIS, D., & EINARSDOTTIR, A. (2017). Debate: Bullying and Harassment of Lesbians, Gay Men and Bisexual Employees: Findings from a Representative British National Study. *Public Money & Management*, 37, 312-314, <https://doi.org/10.1080/09540962.2017.1328169>
- JAEGGI, E. (2014). Feminisierung des Berufes PsychotherapeutIn. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 4(2), 87-95.
- JOHNSON, C. P. G., & OTTO, K. (2019). Better Together: A Model for Women and LGBTQ Equality in the Workplace. *Frontiers in Psychology*, 10, Artikel 272. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00272>
- JOHNSTON, W. B., & PACKER, A. E. (1987). *Workforce 2000. Work and Workers for the 21st Century*. Indianapolis, IN: Hudson Institute.
- KERSTING, M., & OTT, M. (2016). Diversity-gerechte Personalauswahl. Wie man die Personalauswahl gestalten muss, um Potenziale in allen Gesellschaftsgruppen zu erkennen. In P. Genkova & T. Ringeisen (Hg.), *Handbuch Diversity Kompetenz. Band 1: Perspektiven und Anwendungsfelder* (S. 679-692). Wiesbaden: Springer.
- KRISOR, S., & KÖSTER, G. (2016). Diversity Management – Definition, Konzept und Verständnis im Human Resource Management. In P. Genkova & T. Ringeisen (Hg.), *Handbuch Diversity Kompetenz: Band 1: Perspektiven und Anwendungsfelder* (S. 89-104). Wiesbaden: Springer.
- LI, J. Z., SEARS, C. L., & CHATTERJEE, A. (2018). Empowering Inclusion and Diversity in the Field of Infectious Diseases. *Journal of Infectious Diseases*, 222, S521-S522. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiaa124>
- LIM, F. A., & BORSKI, D. B. (2016). Supporting LGBT Nurses. *Nursing Management*, 47(8), 48-52. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000473515.84420.ad>
- NAMA, N., MACPHERSON, P., SAMPSON, M., & MCMILLAN, H. J. (2017). Medical Students' Perception of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Discrimination in Their Learning Environment and Their Self-Reported Comfort Level for Caring for LGBT Patients: A Survey Study. *Medical Education Online*, 22, Artikel 1368850. <https://doi.org/10.1080/10872981.2017.1368850>
- PEPPING, C. A., LYONS, A., & MORRIS, E. M. J. (2018). Affirmative LGBT Psychotherapy: Outcomes of a Therapist Training Protocol. *Psychotherapy*, 55, 52-62. <http://doi.org/10.1037/pst0000149>
- PETERSEN, L.-E. (2020). Die Theorie der sozialen Identität. In L.-E. Petersen & B. Six (Hg.), *Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung: Theorien, Befunde und Interventionen* (2. Aufl.) (S. 250-257). Weinheim: Beltz.
- PETERSEN, L.-E., & DIETZ, J. (2020). Diversity Management. In L.-E. Petersen & B. Six (Hg.), *Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung: Theorien, Befunde und Interventionen* (2. Aufl.) (S. 360-368). Weinheim: Beltz.

- PHELAN, S. M., BURKE, S. E., HARDEMAN, R. R., WHITE, R. O., PRZEDWORSKI, J., DOVIDIO, J. F., ET AL. (2017). Medical School Factors Associated with Changes in Implicit and Explicit Bias Against Gay and Lesbian People among Graduating Medical Students. *Journal of General Internal Medicine*, 32, 1193-1201. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4127-6>
- REES, S. N., CROWE, M., & HARRIS, S. (2021). The Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Communities' Mental Health Care Needs and Experiences of Mental Health Services: An Integrative Review of Qualitative Studies. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 28, 578-589. <https://doi.org/10.1111/jpm.12720>
- REIMER-KIRKHAM, S., SHARMA, S., GRYPMA, S., PESUT, B., SAWATZKY, R., & WOLFS, D. (2019) 'The Elephant on the Table': Religious and Ethnic Diversity in Home Health Services. *Journal of Religion and Health*, 58, 908-925. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0489-7>
- ROSKEN, A. (2010). Diversity Management in Organisationen. *Organisationsberatung, Supervision, Coaching*, 17, 167-180. <https://doi.org/10.1007/s11613-010-0183-z>
- SCHAEFFER, M. (2016). Diversity erfassen: Statistische Diversitätsindizes. In P. Genkova & T. Ringeisen (Hg.), *Handbuch Diversity Kompetenz: Band 1: Perspektiven und Anwendungsfelder* (S. 48-61). Weinheim: Springer.
- SCHREITMÜLLER, J., & PFLEIDERER, B. (2020). Kommunikation und Versorgung in der Medizin. Welche Rolle spielt das Geschlecht? *Nervenheilkunde*, 39, 468-476. <https://doi.org/10.1055/a-1134-9009>
- SHEMLA, M., & WEGGE, J. (2019). Managing Diverse Teams by Enhancing Team Identification: The Mediating Role of Perceived Diversity. *Human Relations*, 72, 755-777. <https://doi.org/10.1177/0018726718778101>
- SOCIETY FOR ADOLESCENT HEALTH AND MEDICINE (2013). Recommendations for Promoting the Health and Well-Being of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Adolescents: A Position Paper of the Society for Adolescent Health and Medicine. *Journal of Adolescent Health*, 52, 506-510. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.01.015>
- STEFFENS, M. C., VILADOT, M. A., & SCHEIFELE, C. (2019). Male Majority, Female Majority, or Gender Diversity in Organizations: How Do Proportions Affect Gender Stereotyping and Women Leaders' Well-Being? *Frontiers in Psychology*, 10, Artikel 1037. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01037>
- THATCHER, S. M. B., & PATEL, P. C. (2011). Demographic Faultlines: A Meta-Analysis of the Literature. *Journal of Applied Psychology*, 96, 1119-1139. <https://doi.org/10.1037/a0024167>
- THOMAS, D. A., & ELY, R. J. (1996). Making Differences Matter. A New Paradigm for Managing Diversity. *Harvard Business Review*, 74(5), 79-91.
- TRÖSTER, H., & PULZ, I. (2020). Stigma und Stigmatisierung. In L.-E. Petersen & B. Six (Hg.), *Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung. Theorien, Befunde und Interventionen* (2. Aufl.) (S. 173-184). Weinheim: Beltz.
- ULRICH, S. (2016). Diversity Management und Antidiskriminierungsrecht. In P. Genkova & T. Ringeisen (Hg.), *Handbuch Diversity Kompetenz: Band 1: Perspektiven und Anwendungsfelder* (S. 251-264). Weinheim: Springer.
- VEDDER, G. (2006). *Managing Equity and Diversity at Universities*. Mering: Hampf.
- VOIGT, N., VON DER VEGTE, M., & WELPE, I. M. (2021). *Woman Up. Wie Unternehmen mit Vielfalt an die Spitze kommen. BCG Gender Diversity Index Germany 2020*. München: Boston Consulting Group. <https://www.bcg.com/de-de/woman-up-bcg-gender-diversity-index-germany-2020>
- WEDL, J. (2018). Diversity – Intersektionalität: Ein kurzer Vergleich anhand von zwei Modellen. In A. Spahn & J. Wedl (Hg.), *Schule lehrt/lernt Vielfalt. Praxisorientiertes Basiswissen und Tipps für Homo-, Bi-, Trans- und Inter\*freundlichkeit in der Schule* (S. 56-61). Waldschlösschen Verlag.
- WEGGE, J., & SCHMIDT, K.-H. (2015). *Diversity Management. Generationenübergreifende Zusammenarbeit fördern*. Göttingen: Hogrefe.

## **Autor\*innen**

**Prof. Dr. Barbara Thies** ist seit 2011 Professorin am Institut für Pädagogische Psychologie der Technischen Universität Braunschweig. Zu Ihren Forschungsschwerpunkten gehören Themen der Interaktionsregulation, des Vertrauens, der Klassenführung und des Diversity Managements.

Kontakt: [barbara.thies@tu-braunschweig.de](mailto:barbara.thies@tu-braunschweig.de)

**Marcel Hackbart** ist Diplom-Psychologe und Bildungsreferent bei der Akademie Waldschlösschen für das „Kompetenznetzwerk zum Abbau von Homosexuellen- und Trans\*feindlichkeit – Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Selbstbestimmung und Vielfalt!“, gefördert vom BMFSFJ im Rahmen des Bundesprogramms „Demokratie leben!“. Außerdem ist er Lehrbeauftragter und Doktorand am Institut für Pädagogische Psychologie der Technischen Universität Braunschweig.

Kontakt: [marcel.hackbart@waldschloesschen.org](mailto:marcel.hackbart@waldschloesschen.org) / [m.hackbart@tu-braunschweig.de](mailto:m.hackbart@tu-braunschweig.de)



---

Mirja Leibnitz

### **13. „Let’s talk about Sex“ – ein Projekt zur Förderung der LSBTIQ\*-inklusive Ärzt\*innen-Patient\*innen-Kommunikation**

„Kann ich und wenn ja, wie mit meinem Arzt\* oder meiner Ärztin\* über ein sexuelles Problem sprechen?“, „Kann ich hier über meine sexuellen Vorlieben, meine sexuelle Orientierung, meine sexuelle Identität sprechen?“, „Wie spreche ich das am besten an?“ – diese und viele andere Fragen stellen sich Patient\*innen allgemein und insbesondere Menschen mit nichtheterosexueller Orientierung, trans\*, inter\* Personen sowie Menschen, die sich nicht in der Zweigeschlechternorm einordnen (im Folgenden als LSBTIQ\*<sup>1</sup> bezeichnet), vor einem Gespräch in ärztliche Praxen und Kliniken häufig. In diesem Artikel soll ausgehend von der Bedeutung des Sprechens über Sexualität in der Ärzt\*innen-Patient\*innen-Interaktion beispielhaft LSBTIQ\*-inklusive Gesprächsführung dargestellt sowie abschließend das Projekt „Let’s talk about Sex“ der Deutschen Aidshilfe (o. J.) präsentiert werden.

#### **Sprechen über Sexualität – eine Herausforderung für Ärzt\*innen und LSBTIQ\* Patient\*innen**

Das Sprechen über Sexualität ist für Patient\*innen und Ärzt\*innen meist nicht leicht und die Gründe hierfür sind mannigfaltig. Oft ist die Thematisierung der persönlichen Sexualität für eine der beiden oder auch beide Seiten auch heute noch tabu- und schambelastet. Viele Ärzt\*innen haben keine sexualmedizinische Aus- oder Fortbildung durchlaufen, fühlen sich auf diesem Gebiet nicht kompetent und/oder die Thematisierung sexueller Fragen im ärztlichen Gespräch wird von ihnen häufig als sehr schwierig empfunden. Bagatellisierung, Verneinung der Zuständigkeit oder diagnostisches und therapeutisches Agie-

---

<sup>1</sup> LSBTIQ\* = lesbisch, schwul, bisexuell, trans\*, inter\*, queer und weitere (→ Band 1 Vielfalt)

ren sind dann häufig Strategien, mit welchen einem Gespräch über Sexualität auszuweichen versucht wird (Buddeberg, 2005; vgl. Voigt, Schübel, Spornraft-Ragaller, Bergmann & Riemenschneider, 2017). Die Scham bzw. Barrieren, über Sexualität zu sprechen, sind noch dazu deutlich erhöht, wenn es sich um LSBTIQ\* Patient\*innen handelt (Hinchcliff, Gott & Galena, 2005).

Auf Patient\*innenseite sind LSBTIQ\* Personen häufig sowohl in ihrem Alltag (→ [Band 1 Vorurteile](#)) als auch in der medizinischen Versorgung Stigmatisierungen, Vorurteilen und Diskriminierungen ausgesetzt (→ [Band 1 Gesundheit](#)), die häufig zu Minoritätenstress (Meyer, 2003 → [Minoritätenstress](#)) führen. Aufgrund erlittener und immer wieder erwarteter Diskriminierungs- und/oder grenzüberschreitenden sowie persönlichkeitsrechtsverletzenden Erfahrungen verzögert oder vermeidet eine signifikant höhere Zahl von LSBTIQ\* im Vergleich zur Mehrheitsgesellschaft medizinisch notwendige Behandlungen und Beratungsgespräche (vgl. European Commission, 2017; Fish & Bewley, 2010; Pöge et al., 2020).

Diese Vorerfahrungen können auch dazu führen, dass LSBTIQ\* Patient\*innen sich Ärzt\*innen gegenüber – wenn keine Vertrauensbasis besteht – nicht „outen“. Das Sprechen über Sexualität, Geschlechtlichkeit, der sexuellen Identität und Orientierung sowie sexueller Probleme, Praktiken, Risiken und Erkrankungen im ärztlichen Gespräch wird dann so gut wie möglich vermieden. Dies bedeutet jedoch im Rückkehrschluss nicht automatisch, dass viele Patient\*innen nicht gerne mit ihren Ärzt\*innen über Sexualität und ggf. ihre Geschlechtlichkeit, sexuelle Identität und Orientierung sprechen würden, wenn hierfür ein sicheres Umfeld und ein vertrauensvoller Rahmen gewährleistet wird (vgl. z. B. Bjorkman & Malterud, 2007; Meyer, 2003). Viele würden es begrüßen, wenn ein solches Gespräch aktiv von behandelnden Ärzt\*innen angeboten würde.

Ein Risiko besteht darin, dass sich Ärzt\*innen und Patient\*innen in ihrem Vermeidungsverhalten, Sexualität, Geschlechtlichkeit, sexuelle Identität und sexuelle Orientierung zu thematisieren, gegenseitig

ergänzen. Dies wird z.B. begünstigt, wenn der Expert\*innenstatus behandelnder Ärzt\*innen sowohl von diesen als auch von deren Patient\*innen anerkannt wird und somit ein Gespräch „auf Augenhöhe“ erschwert. Die Kommunikationsabläufe werden dann im schlechtesten Fall von „superioren“ (überlegenen) Ärzt\*innen und „inferioren“ (untergeordneten bzw. nicht als gleichberechtigt angesehenen) Patient\*innen bestimmt (vgl. Büttner & Quindel, 2013). Hinzu kommen Diskrepanzen zwischen Inhalts- und Beziehungsaspekten in der Ärzt\*innen-Patient\*innen-Kommunikation. Wird vergessen, dass Kommunikation niemals nur der reine Austausch von (medizinischen) Sachinformationen ist, sondern immer bestimmt wird von der Beziehung der Personen untereinander, können Informationen völlig falsch interpretiert oder aber nicht angenommen werden. Erst in einer vorurteilsfreien, von Vertrauen und Sorgfalt geprägten Atmosphäre im Umgang und im Gespräch mit Patient\*innen können diese auch Informationen preisgeben, die für die Diagnose, Therapie und Prävention wichtig, jedoch nicht immer einfach auszusprechen sind – wie z.B. die sexuelle Identität und/oder Orientierung, Sexualverkehr mit gleichgeschlechtlichen Partner\*innen, außereheliche Beziehungen (vgl. zur Kommunikationstheorie insbesondere Schultz von Thun, Zach & Zoller, 2017; Watzlawik, Beavin & Jackson, 2017).

Mit einem heteronormativen Blick und ggf. verurteilenden Vorannahmen entstehen Störungen auf der Beziehungsebene, die dann mit der diagnostisch-therapeutische Inhaltsebene kontrastieren (vgl. Hackbart & Thies, 2021 → [Band 1 Beziehung](#)). Dies wird Patient\*innen neben verbalen Äußerungen durch Gestik, Mimik und Tonfall (ein kleines Kopfschütteln, eine hochgezogene Augenbraue, eine ablehnende Körperhaltung) vermittelt. Diese Kommunikationsstrukturen können abgemildert werden, wenn empathiefähige, in Gesprächen über Sexualität geschulte Ärzt\*innen ihre Patient\*innen als Expert\*innen für ihr persönliches Leben anerkennen und sich der Existenz anderer Lebenswelten und -entwürfe bewusst sind.

### **LSBTIQ\*-inklusive bzw. -exklusive ärztliche Gesprächsführung**

Eine Lehrfilmreihe des Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (United Nations Population Fund, 2013) zeigt eindrücklich die Kommunikationsdynamiken und Konsequenzen einer LSBTIQ\*-exklusiven ärztlichen Gesprächsführung für Diagnostik, Therapie und präventive Beratung. Acht Kurzvideos beschreiben vier typische medizinische Fallbeispiele über LSBTIQ\* Menschen in jeweils zwei Versionen: Jede der vier Anamnese-situation wird hierbei einmal mit einem LSBTIQ\*-exklusiven sowie einmal mit einem LSBTIQ\*-inklusive Ansatz durchgespielt. Das Fallbeispiel „Alejandra“ schlüsselt anhand einer lesbischen Frau anschaulich auf, welche schwerwiegenden Fehldiagnosen ein heteronormativer ärztlicher Blick, verbunden mit tiefen Ängsten der Patientin, verursachen kann (adaptiert aus dem Lehrfilmmaterial s. Tabelle 1). Alejandra möchte eine Untersuchung bei einem ihr nicht bekannten Arzt machen lassen. Die erste, LSBTIQ\*-exklusive Version stellt die Weichen für eine fehlgeleitete Anamneseerhebung bereits zu Beginn des Gesprächs.

Alejandra berichtet dem Arzt, dass der Grund ihres Besuches ein Pap-Test<sup>2</sup> sei (→ [Gynäkologie](#)). Sie beantwortet die Frage, ob sie aktuell in einer festen Beziehung sei, mit ja, woraufhin der Arzt – von einer heterosexuellen Beziehung ausgehend – unmittelbar die Frage anschließt, welche Verhütungsmethode sie benutze. Alejandras Erwiderung, dass sie keine Verhütung betreibe, kommentiert der Arzt mit einem Hochziehen der Augenbraue. Auch die Antwort auf die Frage „Haben Sie Kinder?“, die Alejandra positiv mit „Ja, zwei“ beantwortet, führt im heteronormativen Blickwinkel zur Annahme, dass bei der Patientin bereits zwei Schwangerschaften bestanden – tatsächlich wurden die Kinder adoptiert. Diese Annahme korrigiert die Patientin nicht und wird als gegeben in ihre Krankenakte übernommen. Alejandra, die nervös wegen des Pap-Tests und ängstlich bzgl. ihrer ersten gynäko-

---

<sup>2</sup> Bei einem Pap-Test handelt es sich um einen Abstrich vom Gebärmutterhals zur Diagnostik von Veränderungen in der Schleimhaut, die auf Krebs oder dessen Vorstufen hinweisen.

logischen Untersuchung ist, beschließt im Laufe des Gesprächs, den Test nicht durchzuführen und sich nicht gynäkologisch untersuchen zu lassen. Um dies zu umgehen, behauptet sie, momentan zu menstruierten. Daraufhin erteilt der Arzt, der davon ausgeht, dass Alejandra bereits gynäkologische Untersuchungen sowie einen Pap-Test in der Vergangenheit durchgeführt hat, einen neuen Termin. Außerdem führt der Arzt keine körperliche Untersuchung durch und verschreibt ein Rezept für Kontrazeptiva.

Es ist insbesondere ein Set von Fragen bei der LSBTIQ\*-inklusive Anamnese der zweiten Version, verbunden mit einer emphatischen und vorurteilsfreien Haltung des Arztes, der zu einer zielführenden, die Patientin unterstützenden Diagnose und Präventionsberatung führt. Die Frage in der ersten Version „Sind sie momentan in einer festen Beziehung?“ wird ersetzt durch die Fragen: „Haben Sie momentan sexuelle Beziehungen? Sind Sie Single, in einer Beziehung oder mehreren Beziehungen?... mit einem Mann oder einer Frau?“ Dieses Fragenset, bewertungsfrei gestellt, schenkt Vertrauen und ist der „Türöffner“ für eine zielgerichtete und adäquate Anamnese. Alejandra berichtet daraufhin sowohl über ihre aktuelle Familiensituation als auch über ihre Ängste in Hinsicht auf gynäkologische Untersuchungen, wird professionell beraten und erhält die für sie wichtigen Untersuchungen und Präventionsberatungen (s. Tabelle 1).

Auch wenn Lehrfilme komplexe Sachverhalte vereinfachen und modellhaft vorstellen, verdeutlicht dieses Beispiel eindrücklich die Gefahren eines heteronormativen Blicks im ärztlichen Gespräch und zeigt einfache Methoden für ein LSBTIQ\*-inklusive ärztliches Gespräch auf.

### **„Let’s talk about Sex“: Verbesserung der LSBTIQ\*-inklusive Kommunikationskompetenz im ärztlichen Gespräch über Sexualität**

Methoden für eine vorurteilsfreie und zielgerichtete Ärzt\*innen-Patient\*innen-Kommunikation über Sexualität an die Hand zu geben, hat sich die Deutsche Aidshilfe mit ihrem Projekt „Let’s talk about Sex“ zum Ziel gesetzt (Deutsche Aidshilfe, o. J.). In Kooperation mit

LSBTIQ*-exklusive Anamnese	LSBTIQ*-inklusive Anamnese
Ergebnisse der Anamnese:	
Vorannahme des Arztes: Heterosexuell, Frau outet sich nicht	Keine Vorannahme, Frau outet sich
Vorannahme: bereits frühere gynäkologische Untersuchungen	Erste gynäkologische Untersuchung
In fester Beziehung	In fester Beziehung
Regelmäßiger Zyklus	Regelmäßiger Zyklus
Vorannahme: Zwei Kinder = Zwei Schwangerschaften, zwei Geburten	Bis jetzt keine Schwangerschaft
Vorannahme: Keine Schwangerschaftsverhütung	2 Adoptivkinder
Momentan Regelblutung	Momentan keine Regelblutung
Vorannahme: Letzter Pap-Test vor zwei Jahren	Noch keinen Pap-Test durchgeführt
Resultate für die Behandlung:	
Körperliche Untersuchung wurde nicht durchgeführt	Körperliche Untersuchung wurde durchgeführt
Termin für Pap-Test wurde verschoben	Pap-Test wurde durchgeführt
Rezept für Antikonzeptiva	Kurze Beratung bzgl. Krebsvorsorge und Safer Sex zwischen Frauen

**Tabelle 1:** LSBTIQ\*-exklusive und -inklusive Anamnese am Beispiel einer lesbischen Frau bei einer gynäkologischen Untersuchung (Pap-Test)

der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e. V. (dagnä), der Deutschen STI-Gesellschaft e. V. (DSTIG), der Deutschen AIDS-Gesellschaft e. V. (DAIG), dem Kompetenznetz HIV/AIDS, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Goethe-Universität Frankfurt am Main und der Charité Berlin sowie finanziert über den Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) wurden Inhouse-Schulungen für Ärzt\*innen

und Seminare für Medizinstudierende entwickelt und werden seit mehr als 10 Jahren erfolgreich durchgeführt.

Die inklusive Kommunikationskompetenz zu Sexualität, HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) bei Ärzt\*innen und Medizinstudierenden zu verbessern, bedarf eines umfassenden Konzepts. Die Curricula basieren auf den Erfahrungen und Bedarfen der hetero- und nicht-heterosexuellen Patient\*innen unterschiedlichster sexueller Identität, die mit HIV leben und/oder sich der LSBTIQ\* Community zugehörig fühlen und wurden von und mit diesen erarbeitet. Auch die Trainer\*innen der Veranstaltungen, die meist von einem Tandem aus einer\*einem in der HIV/STI-Behandlung und -Prävention erfahrene\*erfahrenen Ärzt\*in und einer\*einem Berater\*in geleitet werden, fühlen sich häufig als Teil der LSBTIQ\* Community zugehörig, leben selbst mit HIV und/oder haben langjährige Erfahrungen in der LSBTIQ\* bzw. HIV-Communityarbeit und -Beratung. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), sowie Menschen, die mit HIV leben. Da die Arbeit an eigenen Haltungen einen wichtigen Bestandteil der Schulungen darstellt, ist zu erhoffen, dass sie sich auch positiv auf die Bedarfe von inter\* und trans\* Personen in der ärztlichen Kommunikation auswirken. Deren besonderen Bedarfe (→ [Band 1 Inter\\*](#) → [Band 1 Trans\\*](#)) bilden im vorliegenden Projekt jedoch zur Zeit keinen Schwerpunkt. Eine spezifische Schulung zu den Bedarfen von trans\* Personen wurde erst kürzlich erarbeitet und befindet sich momentan in der Erprobung.

Die Themen der Fortbildung innerhalb des Projekts „Let’s talk about Sex“ sind in Tabelle 2 skizziert. Diese Themen werden in den 1,5- bis 8-stündigen Schulungen und Seminaren in drei Einheiten behandelt: (1.) die Arbeit am heteronormativen Blick und der Hinterfragung eigener Haltungen, (2.) kurze interaktive Präsentationen zum „State of the Art“ in der Diagnostik und den Übertragungswegen von HIV und STI sowie Tipps und Tricks zur Kommunikation über LSBTIQ\*-inklusive Sexualität und (3.) Rollenspiele. Wenn Ärzt\*innen keine Rollenspiele durchführen möchten, werden diese durch die Besprechung eigener Fallbeispiele ersetzt.

Thema/Ziel	Methode/Arbeitsmittel
Verdeutlichung der möglicherweise bestehenden Defizite in der Kommunikation über Sexualität mit Patient*innen und deren Verbesserung	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Vortrag mit Präsentation</li> <li>– Rollenspiele mit ausführlicher Besprechung/ Feedback (ggf. Fallbesprechungen)</li> <li>– Interaktive Übungen</li> </ul>
Reflexion über eigene Haltungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Rollenspiele mit ausführlicher Besprechung/ Feedback (ggf. eigene Fallbesprechungen)</li> <li>– Interaktive Übungen</li> <li>– Filmmaterial/Lehrfilmsequenzen</li> </ul>
Vermittlung von Wissen zu unterschiedlichen Lebenswelten außerhalb der häufig heteronormativen und als gegeben angenommenen Lebenswelt	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Vortrag mit Präsentation</li> <li>– Erlebnisberichte/Beispiele/autobiographische Erfahrungen des Trainer*innenteams</li> </ul>
Aufklärung über Diskriminierung im Gesundheitswesen, die LSBTIQ* Personen und Menschen, die mit HIV leben, immer wieder und noch erfahren	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Erlebnisberichte/Beispiele/autobiographische Erfahrungen des Trainer*innenteams</li> <li>– Filmmaterial/Lehrfilmsequenzen</li> </ul>
Vermittlung einer auf HIV und STI bezogenen Sexualanamnese mit der Möglichkeit, diese praktisch zu erproben	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Rollenspiele mit ausführlicher Besprechung/ Feedback (ggf. eigene Fallbesprechungen)</li> <li>– Vorstellung eines Leitfadens zur HIV- und STI-fokussierten Sexualanamnese</li> </ul>
Vernetzung der Ärzt*innen und Medizinstudierenden mit regionalen Aidshilfen und anderen Beratungsstellen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Vorstellung regionaler Aidshilfen und/oder anderer psychosozialer Beratungsstellen für LSBTIQ* Personen, wenn möglich durch Mitarbeiter*innen derselben</li> </ul>

**Tabelle 2:** Inhalte und Methoden der Fortbildung „Let’s talk about Sex“

Um Bewusstsein für normative Verzerrungen sowie ggf. vorhandene negative oder auch einfach falsche Vorannahmen hinsichtlich Sexualität und sexuellen Praktiken zu schaffen, können neben Lehrfilmsequenzen (wie z. B. dem Fall „Alejandra“) auch interaktive Übungen eingesetzt werden (s. als Beispiel Abbildung 1). Die durch Normativitätsvorstellungen verzerrte Wahrnehmung, die auch im ärztlichen Gespräch eine offene Kommunikation, eine zielführende Diagnostik und ein adäquates präventives Beratungsgespräch verhindern kann, soll durch diese Methoden hinterfragt und eigene Denkbarrieren bes-



**Abbildung 1:** Übung zu Glaubenssätzen über Sexualität, Geschlechtlichkeit, sexueller Identität und Orientierung

ser kennengelernt werden. Auch das Aussprechen, vielleicht erstmals „über die Lippen bringen“ und somit Üben sexueller Bezeichnungen kann Bestandteil des Trainings sein. Die hierbei von Teilnehmenden häufig berichteten „Aha-Momente“ können dann in den anschließenden Rollenspielen zeitnah umgesetzt und vertieft werden.

Die Vermittlung einfacher Methoden und Tipps zu einer gelingenden LSBTIQ\*-inklusive Sexualanamnese sind weitere Bestandteil der Workshops und Seminare und können im Nachhinein in einer Begleitbroschüre sowie einem Leitfaden zur HIV- und STI-fokussierten Sexualanamnese vertieft werden (Deutsche Aidshilfe, 2020). Als besonders hilfreich empfunden werden hierbei gemäß der Evaluationen – abgesehen von der offenen und wertschätzenden Gesprächsatmosphäre – die „3 P’s“, die für Partner\*innen, Praktiken und Prävention stehen und eine Stütze im sexualanamnestischen Gespräch bilden. Diese können beispielsweise wie folgt erfragt werden:

- P wie Partner\*innen: „Um Ihre Gesundheitsrisiken richtig einschätzen zu können, wäre es hilfreich für mich zu wissen, ob Sie im vergangenen Jahr und/oder momentan Sex hatten/haben. Mit Männern, mit Frauen oder mit beiden?“<sup>3</sup>
- P wie Praktiken: „Welche Art von sexuellen Kontakten haben oder hatten Sie?“, „Vaginal, oral, anal?“, „Praktizieren Sie ausschließlich Vaginalverkehr?“, „Haben Sie Kondome verwendet?“
- P wie Prävention: „Wie gut kennen Sie sich mit dem Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen aus?“, „Was macht es Ihnen schwer, Kondome zu verwenden?“, „Haben Sie schon einmal von der PrEP gehört?“

Weitere in den Veranstaltungen vermittelte Tipps und Methoden beziehen sich auf:

- Das häufig ambivalente Gesprächsinteresse von Patient\*innen, das eigentlich Gesprächsbedarf signalisiert, wie z. B.:
  - „Türklingengespräche“ – „Ach, was ich noch wissen wollte...“
  - „Sex ist eigentlich gar nicht (mehr so) das Thema“
- Anlassunabhängige Eisbrecher-Fragen:
  - „Ich würde Ihnen gerne einige Fragen zu Ihrer Sexualität stellen, die ich allen Patient\*innen stelle. Ist das für Sie in Ordnung? Das ist alles vertraulich.“
  - Signale des\*der Patient\*in aufnehmen und emphatisch spiegeln: „Oft ist es ja etwas unangenehm, darüber zu sprechen“
  - „Wie geht es Ihnen gerade mit Ihrer Sexualität?“
- Situations-Checks:
  - Habe ich als Ärzt\*in gerade genug Zeit?
  - Ist der Ort des Gesprächs angemessen?

---

<sup>3</sup> Da es sich hier um Beispiele der gesprochenen Sprache handelt, in der das Gendersternchen (Partner\*innen) noch nicht weit verbreitet ist, wurde hier bewusst darauf verzichtet.

- Bin ich als Ärzt\*in gerade offen für das Thema?
- Wie tragfähig erlebe ich die Beziehung zur\*zum Patient\*in?

Die Umsetzung dieser Reflexionen und Inputs in Rollenspielen hat laut Evaluationsergebnissen und Feedback der Teilnehmenden einen hohen Lerneffekt. Hierzu steht ein großes Set an Fallvignetten für eine zielgerichtete Diagnose in einem wertschätzenden ärztlichen Gespräch zur Verfügung. Als besonders wichtig hat sich nach der Durchführung der Rollenspiele eine intensive und wertschätzende Nachbesprechung durch die teilnehmenden Beobachter\*innen und die Trainer\*innen erwiesen, die wichtige Punkte und „Fallstricke“ aufgreift und bearbeitet. Durch das ausführliche Feedback werden – abgesehen vom Üben des Sprechens über Sexualität und sexuelle Praktiken – Haltungen, Vorannahmen und neue Ansätze nochmals reflektiert und in der Gruppe diskutiert. Die Komplexität der Ärzt\*innen-Patient\*innen-Kommunikation und deren „Verstrickungen“ auf der Inhalts- und Beziehungsebene sind in Box 1 exemplarisch anhand eines häufig eingesetzten Rollenspiels verdeutlicht.

### **Fazit**

Wenngleich die Schulungen und Seminare, die das Projekt „Let’s talk about Sex“ anbietet, von den Teilnehmer\*innen außerordentlich gut evaluiert werden, kann die Lücke, die in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von angehenden und praktizierenden Ärzt\*innen besteht, nur ansatzweise gefüllt werden. Ärztliche Kommunikation über sexuelle Gesundheit, die die Vielfalt der sexuellen Orientierungen und Identität einbezieht und beachtet, bedarf mehr als punktueller und durch den Projektcharakter auch zeitlich limitierter Angebote. Zur Sensibilisierung hinsichtlich der Bedarfe von Patient\*innen aller Geschlechter und sexuellen Orientierungen wäre die Aufnahme von obligatorischen Ausbildungsmodulen in die Lehrpläne der Humanmedizin dringendst angezeigt. Ebenso wichtig ist die Erweiterung der Fort- und Weiterbildungsangebote hinsichtlich dieser Thematik für bereits praktizierende Ärzt\*innen (→ [Band 1 Medizinpädagogik](#)).

*Patient Frank Liebach*

Symptome: Hautjucken, starkes Schwitzen

Sie sind 37 Jahre alt, seit acht Jahren mit Ihrer Frau verheiratet und haben zwei Kinder. In die ärztliche Praxis gehen Sie seit ca. sechs Jahren.

Neben Ihrer Ehe leben Sie seit einigen Jahren ein „Doppelleben“ und haben gelegentlich Sex mit Männern, in der Regel auf Parkplätzen, wo man Sie nicht kennt. Ihre Frau weiß davon nichts und Sie haben höllische Angst, dass sie dies herausbekommt. Gleichzeitig gibt es aktuell die Angst, sich mit HIV infiziert zu haben.

Eigentlich haben Sie sich ja immer geschützt, Kondome benutzt oder sich einfach nur „einen blasen lassen“. Letztes Mal, vor zwei Wochen, hat jedoch jemand in Ihrem Mund „abgespritzt“.

Seit Tagen können Sie nicht mehr schlafen. Neben Ihrer Angst plagt Sie ein schlechtes Gewissen, wie Sie jetzt mit Ihrer Frau umgehen sollen. Sie wollen wissen, ob Sie sich mit HIV angesteckt haben könnten, und nun einen HIV-Test machen.

Es ist Ihnen alles ziemlich unangenehm.

*Ärzt\*in*

Ein 37-jähriger Patient kommt in Ihre Praxis. Sie kennen den Patienten und seine Familie seit ca. sechs Jahren. Sie wissen von ihm, dass er verheiratet ist und zwei Kinder hat.

## Auswertungsmatrix

*Kommunikation/Haltung (Beziehungsebene):*

- Angst nehmen, da Risiko sehr gering
- Auf Schweigepflicht hinweisen
- Erstes Coming-Out? Wertschätzende Haltung einnehmen, möglicherweise ist die\*der Arzt\*in die erste Person, die davon erfährt
- Auf Beratungsstellen für schwule Männer und MSM hinweisen
- Konflikt mit der Ehefrau: Manche Seminarteilnehmer\*innen solidarisieren sich mit der Ehefrau und fordern unbedingte Offenheit, es gibt aber viele Lösungen (z. B. Kondom, temporärer Verzicht auf Sex bis Testergebnis vorliegt oder PCR-Test als Selbstzahler)
- Wichtig: Ärzt\*in muss das Problem nicht lösen, ob und wie der Mann seine Frau informiert – in diesem Fall greift die Schweigepflicht

*Klinisch-Diagnostisch (Inhaltsebene):*

- Oralverkehr: HIV-Übertragungsrisiko ist sehr gering; es besteht kein Wissen, ob das Gegenüber positiv war
- Zeitraum zu kurz für einen Antikörpertest (diagnostische Lücke beträgt 6 Wochen); PCR-Test möglich, aber in Anbetracht des geringen Risikos nur sinnvoll, wenn Zeichen einer Primärinfektion vorliegen
- Nachfragen, ob auch andere Sexualkontakte mit MSM bestanden; u. U. gab es im Vorfeld Begegnungen mit höherer Übertragungsrisiko, so dass der HIV-Antikörpertest sowie auch andere STI-Tests sinnvoll sein können
- Information geben, dass einmal jährlich HIV- und STI-Tests sinnvoll sind, wenn regelmäßig sexuelle Außenkontakte bestehen

**Box 1:** Rollenspiel „Frank Liebach“

Und nicht zuletzt ist ein offenes, vorurteilsfreies Klima in einer ärztlichen Praxis Voraussetzung für eine adäquate und emphatische ärztliche Gesprächsführung zu Aspekten der Gesundheit aller Patient\*innen. Dazu gehört Praxispersonal, das wertschätzend und sensibel ist und Ärzt\*innen, die sich trauen, in respektvoller Weise Fragen zur Sexualität aktiv anzusprechen. Um diese Ziele zu erreichen, braucht es auch eine Weiterentwicklung der gesamten Arztpraxis (→ [Praxis Vielfalt](#)) als Ort, an dem sich Menschen mit Fragen zu sexueller Gesundheit aufgehoben fühlen.

## Literatur

- BJORKMAN, M., & MALTERUD, K. (2007). Being Lesbian – Does the Doctor Need to Know? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25, 58-62. <https://doi.org/10.1080/02813430601086178>
- BUDEBERG, C. (2005). *Sexualberatung. Eine Einführung für Ärzte, Psychotherapeuten und Familienberater* (4. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- BÜTTNER, C., & QUINDEL, R. (2013). *Gesprächsführung und Beratung. Sicherheit und Kompetenz im Therapiegespräch* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- DEUTSCHE AIDSHILFE (2020). *Ärztliche Sexualanamnese (HIV/STI)* (2. Aufl.). Berlin: Deutsche Aidshilfe. <https://www.aidshilfe.de/shop?f-q=sexualanamnese&f-topic=All&f-audience=All&f-type=All&f-lang=All>
- DEUTSCHE AIDSHILFE (o. J.). Let's talk about Sex. HIV/STI-Prävention und Beratung in der ärztlichen Praxis. Abgerufen am 23.08.2021 von <https://www.hiv-sti-fortbildung.de/>
- EUROPEAN COMMISSION (2017). *Health4LGBTI. Reducing Health Inequalities Experienced by LGBTI People*. Bruxelles: European Commission. [https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/social\\_determinants/docs/stateofart\\_report\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/social_determinants/docs/stateofart_report_en.pdf)
- FISH, J., & BEWLEY, S. (2010). Using Human Rights-Based Approaches to Conceptualise Lesbian and Bisexual Women's Health Inequalities. *Health and Social Care in the Community*, 18, 355-362. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00902.x>
- HACKBART, M., & THIES, B. (2021). Vorurteile gegenüber queeren Menschen – Sozialpsychologische Aspekte der professionellen Beziehungsgestaltung in Gesundheitsberufen. *Pflege Professionell*, 37 (Sonderheft 7), 43-52.
- HINCHLIFF, S., GOTT, M., & GALENA, E. (2005). 'I Daresay I Might Find It Embarrassing': General Practitioners' Perspectives on Discussing Sexual Health Issues with Lesbian and Gay Patients. *Health and Social Care in the Community*, 13, 345-353. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2005.00566.x>
- MEYER, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- PÖGE, K., DENNERT, G., KOPPE, U., GÜLDENRING, A., MATTHIGACK, E. B., & ROMMEL, A. (2020). Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. *Journal of Health Monitoring*, 5(S1), 1-30. <https://doi.org/10.25646/6448>

---

SCHULZ VON THUN, F., ZACH, K., & ZOLLER, K. (2017). Miteinander reden von A bis Z. Lexikon der Kommunikationspsychologie. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

UNITED NATIONS POPULATION FOND (2013, 12. MÄRZ). ¿Cuál es la diferencia? What is the difference? (con subtítulos en inglés). <https://www.youtube.com/watch?v=2asPSMg0HDk>

VOIGT, K., SCHÜBEL, J., SPORNRAFT-RAGALLER, BERGMANN, A., & RIEMENSCHNEIDER, H. (2017). Sexuell übertragbare Infektionen – Thema für die Hausarztpraxis? Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 1/2017, 32-38.

WATZLAWIK, P., BEAVIN, J., & JACKSON, D. (2017). Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien (13. Aufl.). Bern: Hogrefe.

## **Autor\*in**

**Mirja Leibnitz** ist Amerikanistin/Politologin (M.A.) und koordiniert nach sechsjähriger Arbeit als Projektmanagerin bei der International Planned Parenthood Federation (IPPF-EN) in Brüssel den Universitätsbereich des momentan vom PKV-Verband geförderten Projektes „Let’s talk about Sex“ der Deutschen Aidshilfe (DAH). Kontakt: [mirja.leibnitz@dah.aidshilfe.de](mailto:mirja.leibnitz@dah.aidshilfe.de)

Weitere Informationen zum Projekt „Let’s talk about Sex“: <https://www.hiv-sti-fortbildung.de>

---

Dominik Djialeu & Johannes Grill

## **14. Interview zum Gütesiegel „Praxis Vielfalt“ – Wie ein Zertifizierungsprogramm unser Gesundheitswesen in Diversität schult**

Diskriminierung aufgrund von HIV, sexueller Orientierung sowie des kulturellen oder sprachlichen Hintergrunds sind auch in Deutschland keine Seltenheit (u. a. Decker & Brähler, 2020 → [Band 1 Vorurteile](#)). Und auch das Gesundheitswesen ist vielfach noch weit entfernt von einem sensiblen Umgang mit Diversität (Beigang, Fetz, Kalkum & Otto, 2017; de Vries et al., 2020; Martens, Mohr, Struck & Vogt, 2020; Pöge et al., 2020 → [Diversity Management](#)). Das Gütesiegel „Praxis Vielfalt“ der Deutsche Aidshilfe (o. J.) arbeitet seit einigen Jahren daran, das zu ändern. Gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit und gefördert vom AOK Bundesverband, hat die Deutsche Aidshilfe einen Prozess entwickelt, in dem Praxen, Ambulanzen und Kliniken einen diskriminierungsfreien Umgang mit ihren Patient\*innen verinnerlichen können. Das folgende kollegiale Kurzinterview wurde von Johannes Grill (als Interviewer) mit Dominik Djialeu (als Interviewter) durchgeführt, um Hintergründe und Informationen zum Gütesiegel „Praxis Vielfalt“ aufzuzeigen.

### **Warum genau ist ein Gütesiegel wie „Praxis Vielfalt“ notwendig?**

Immer wieder sind queere<sup>1</sup> Patient\*innen und Menschen mit HIV in der medizinischen Versorgung mit Unsicherheit, Unwissen, Vorurteilen oder gar Zurückweisung durch Ärzt\*innen und medizinischem Personal konfrontiert. So berichten z. B. sehr viele trans\* Menschen über negative Erfahrungen im Gesundheitssystem. Die meisten Fälle, die die Antidiskriminierungsstelle der Deutschen Aidshilfe bearbeitet, kom-

---

<sup>1</sup> Unter dem Begriff „queer“ werden hier alle Menschen gefasst, die von heteronormativen Vorstellungen zu sexueller Orientierung, romantischer Orientierung, Beziehungsgestaltung und Geschlechtlichkeit abweichen (vgl. Henderson, 2019).

men aus dem Gesundheitswesen. Mit dem Gütesiegel „Praxis Vielfalt“ werden ärztliche Praxen und Versorgungseinrichtungen zertifiziert, die queere Menschen und Menschen mit HIV willkommen heißen, ihren Bedürfnissen gerecht werden und eine diskriminierungssensible Gesundheitsversorgung sicherstellen. Besondere Berücksichtigung finden dabei auch die verschiedenen sprachlichen und kulturellen Hintergründe der Patient\*innen. Damit leistet das Siegel einen konkreten Beitrag zu einer besseren medizinischen Versorgung dieser Gruppen. Werden diskriminierungssensible Praxen und andere Einrichtungen sichtbar, wird es für die angesprochenen Gruppen leichter, einen für sie „sicheren Ort“ der medizinischen Versorgung zu finden.

**Die Fortbildung für das Gütesiegel „Praxis Vielfalt“ soll ärztlichen Praxen zu einem „sicheren Ort für alle“ machen. Welche Gruppen erfahren besonders oft Diskriminierung?**

Bei „Praxis Vielfalt“ legen wir den Fokus auf queere Menschen und Menschen mit HIV. Dabei berücksichtigen wir aber auch, dass viele Menschen aus den beiden Gruppen z.B. auch Fluchterfahrungen oder allgemein vielfältige kulturelle und sprachliche Hintergründe haben. Viele machen sehr unterschiedliche Erfahrungen, die auch individuelle Betrachtungen benötigen. Sie sind oft von Mehrfachdiskriminierungen betroffen (→ [Band 1 Intersektionalität](#)), etwa als queere geflüchtete Menschen, *People of Color* mit HIV oder Frauen mit HIV. Die Liste ist da sehr lang.

**Welche Kriterien müssen ärztliche Praxen erfüllen, um das Siegel „Praxis Vielfalt“ zu erhalten?**

Zuerst einmal Interesse an dem Thema und den Willen, ein wenig Zeit zu investieren. Das ist für Personal in ärztlichen Praxen und Krankenhäusern oft gar nicht so einfach. Interessent\*innen haben die Möglichkeit, sich über unsere Webseite (Deutsche Aidshilfe, o. J.) für den Gütesiegelprozess anzumelden. Dort erhalten sie dann Zugang zu acht digital aufbereiteten Lernmodulen. Die Teilnehmenden müssen bereit sein, ungefähr zwölf Arbeitsstunden zu investieren, die sie über einen

Zeitraum von sechs Monaten verteilen können. In diesem Zeitraum haben sie dann die Möglichkeit, unser E-Learning-Programm zu durchlaufen, an Online-Seminaren teilzunehmen und sich an Gruppendiskussionen sowie Teamarbeiten zu beteiligen.

Dabei geht es um vier grundlegende Qualitätskriterien:

1. Sichtbarkeit von Vielfalt und Sensibilität für Diskriminierung
2. Korrekter und sensibler Umgang mit Diagnosen und persönlichen Daten
3. Begegnung mit Patient\*innen auf Augenhöhe
4. Motivation und Bereitschaft, das eigene Wissen im Hinblick auf die genannten Zielgruppen zu ergänzen und an kompetente Stellen außerhalb und innerhalb des Medizinsystems zu verweisen

Es ist geplant, zukünftig für einige der Module die Anerkennung als ärztliche Fortbildungsmaßnahme und Bewertung mit Fortbildungspunkten durch die Ärztekammer zu erhalten. Das könnte zumindest die Ärzt\*innen – für medizinische Fachangestellte ist dies leider etwas komplizierter – stärker motivieren, da sie sowieso verpflichtet sind, Fortbildungen zu absolvieren.

### **Wie groß ist das Interesse von Ärzt\*innen an dem Siegel?**

Uns geht es darum, das ganze Praxisteam fortzubilden und zu sensibilisieren, nicht nur die Ärzt\*innen. Diese müssen natürlich auch hinter der Zertifizierung stehen, aber der erste Kontakt in einer Praxis haben die Patient\*innen zumeist bei der Anmeldung mit den medizinischen Fachangestellten. Diese sind dann häufig auch die Ansprechpartner\*innen während des Zertifizierungsprozesses. Mit der steigenden Bekanntheit des Gütesiegels „Praxis Vielfalt“ steigt auch das Interesse der Praxen und weiterer Einrichtungen, insbesondere Klinikambulanzen. Es ist nicht selten, dass Alumni unseres Programms sich Nachfolgeveranstaltungen wünschen oder beispielsweise an unseren

Online-Seminaren weiterhin teilnehmen, weil ihr Interesse, sich in Diversitäts-Belangen weiterzubilden, entfacht wurde. Mich freut es sehr, dass wir von ihnen auch oft weiterempfohlen werden.

### **Ist das Gütesiegel „Praxis Vielfalt“ in ländlichen und städtischen Umgebungen gleichermaßen gefragt?**

Das Interesse ist in Städten deutlich höher. Das hat sicher u. a. damit zu tun, dass Menschen durch die höhere Diversität der Städte offener unterschiedliche Lebensentwürfe („aus-“)leben können. Im urbanen Raum wird das Gesundheitswesen somit häufiger mit queeren Lebensrealitäten sowie mit Menschen mit HIV konfrontiert und daher sind wir hier stärker gefragt. Aber nicht nur in den Metropolen haben sich Einrichtungen zertifiziert. Auch in mittelgroßen Städten wie Bielefeld, Gießen, Chemnitz, Trier besteht Interesse, und auch auf dem Land wird das Siegel nachgefragt.

### **Welche sind eurer Erfahrung nach die größten Herausforderungen in ärztlichen Praxen in Deutschland?**

Da gibt es einige Baustellen. Definitiv im Umgang mit kultureller und geschlechtlicher Vielfalt. Rassismus, Vorurteile und Queerfeindlichkeit ist stärker in unserer gesellschaftlichen Mitte verbreitet, als wir es oft wahrhaben wollen (→ [Band 1 Vorurteile](#)). Aber auch eine HIV-Infektion ist heute zwar sehr gut behandelbar, dafür ist jedoch eine konstante ärztliche Behandlung und ein gutes Monitoring überlebensnotwendig. Immer wieder werden Menschen mit HIV mit Ungleichbehandlung und Vorurteilen im Gesundheitswesen konfrontiert (Deutsche Aidshilfe, 2021). Gründe dafür sind meist mangelndes Wissen oder geringe Sensibilität im Umgang mit einer gesellschaftlich immer noch stark stigmatisierten Erkrankung. Und trans\* Menschen berichten von unterschiedlichsten negativen Erfahrungen in der gesundheitlichen Versorgung: falsche Annahme oder Zuschreibung von geschlechtlicher Identität, mangelndes Fachwissen oder Unwissenheit von medizinischem Personal, Ignoranz gegenüber speziellen Bedarfen etc. (→ [Band 1 Trans\\*](#)).

Wir bemerken aber, dass das Gütesiegel „Praxis Vielfalt“ im Gesundheitswesen immer bekannter wird und damit auch das Interesse weiter steigt. Wer weiß, vielleicht sind wir ja in ein paar Jahren so weit, dass es für ärztliche Praxen und Krankenhäuser unumgänglich wird, sich mit „Praxis Vielfalt“ oder zumindest mit unseren Themen auseinanderzusetzen. Ich würde mir das sehr wünschen.

## Literatur

- BEIGANG, S., FETZ, K., KALKUM, D., & OTTO, M. (2017). Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung. Baden-Baden: Nomos & Antidiskriminierungsstelle des Bundes. [https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/expertise\\_diskriminierungserfahrungen\\_in\\_deutschland.html](https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/expertise_diskriminierungserfahrungen_in_deutschland.html)
- DECKER, O., & BRÄHLER, E. (HG.) (2020). Autoritäre Dynamiken. Alte Ressentiments – neue Radikalität. Gießen: Psychosozial-Verlag. <https://www.boell.de/de/2020/11/09/autoritaere-dynamiken-alte-ressentiments-neue-radikalitaet>
- DEUTSCHE AIDSHILFE (2021). Positive Stimmen 2.0. Mit HIV leben, Diskriminierung abbauen. Einblicke und Ergebnisse aus einem partizipativen Forschungsprojekt zum Leben mit HIV in Deutschland. Berlin: Deutsche Aidshilfe. <https://www.aidshilfe.de/shop/positive-stimmen-20>
- DEUTSCHE AIDSHILFE (o. J.). Gütesiegel Praxis Vielfalt. Vielfältig gleich behandelt. Abgerufen am 05.08.2021 von <https://www.praxis-vielfalt.de>
- DE VRIES, L., FISCHER, M., KASPROWSKI, D., KROH, M., KÜHNE, S., RICHTER, D., & ZINDEL, Z. (2020). LGBTQI\*-Menschen am Arbeitsmarkt: hoch gebildet und oftmals diskriminiert. DIW Wochenbericht, 36, 619-627. [https://doi.org/10.18723/diw\\_wb.2020-36-1](https://doi.org/10.18723/diw_wb.2020-36-1)
- HENDERSON, B. (2019). Queer Studies. Beyond Binaries. New York, NY: Harrington Park Press.
- MARTENS, D., MOHR, S., STRUCK, P., & VOGT, F. (2020). LSBTIQ\* inklusiv NRW. Lebenswirklichkeiten und Problemlagen von LSBTIQ\* mit unterschiedlichen Formen der Behinderung, chronischen Erkrankungen, psychischen und sonstigen Beeinträchtigungen. Düsseldorf: Landesarbeitsgemeinschaft Lesben in NRW. <https://www.lsbtiq-inklusive.nrw>
- PÖGE, K., DENNERT, G., KOPPE, U., GÜLDENRING, A., MATTHIGACK, E. B., & ROMMEL, A. (2020). Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. Journal of Health Monitoring, 5(S1), 1-30. <https://doi.org/10.25646/6448>

## Autor\*innen

**Dominik Djialeu** ist Mitarbeiter bei der Deutschen Aidshilfe für verschiedene Projekte (u. a. Gütesiegel Praxis Vielfalt, Selbstverständlich positive), Podcaster und Moderator. Außerdem engagiert er sich für queere People of Color. Kontakt: dominik.djialeu@dah.aidshilfe.de

**Johannes Grill** ist Mitarbeiter der Deutschen Aidshilfe im Bereich „Medizin, Beratung und Qualitätsentwicklung“. Kontakt: johannes.grill@dah.aidshilfe.de

Weiterführende Informationen zum Gütesiegel „Praxis Vielfalt“: <https://www.praxis-vielfalt.de>



---

Simon Lang & Eva Obernauer

## **15. Das Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt®:**

### **Ein Qualifizierungsprogramm für eine LSBTI\*-sensible Gesundheitsförderung in der (Alten-)Pfleger, in Hospizen und in Krankenhäusern**

Obwohl das Thema Diversität (→ [Diversity Management](#)) zunehmend eine größere Aufmerksamkeit erhält, wird die Relevanz queeren<sup>1</sup> Lebens in der Gesundheitsversorgung und der Pflege häufig immer noch negiert oder auf die Gleichbehandlung aller Klient\*innen und Patient\*innen verwiesen (→ [Band 1 Pflege](#)). Für eine gute Versorgung ist jedoch die Umsetzung des Artikels 4 der Pflege-Charta (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, o. J.) unerlässlich: „Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung“.

„Jede Liebe. Jeder Körper. Gut gepflegt!“ ist das Motto des Qualitätssiegels Lebensort Vielfalt® – eine Auszeichnung, die seit 2017 von der Schwulenberatung Berlin bundesweit an stationäre Pflegeeinrichtungen und nun auch an ambulante Pflegedienste, Tagespflegeeinrichtungen, stationäre und ambulante Hospizdienste sowie Krankenhäuser verliehen wird, die nachweislich eine LSBTI\*-sensible<sup>2</sup> Pflege und Versorgung implementieren (Schwulenberatung Berlin, o. J.). Das im Rahmen der Präventionsstrategie des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV) in Kooperation mit der Deutschen Aidsstiftung geförderte Programm hat das Ziel, eine gute Lebensqualität von LSBTI\* im Pflegesetting zu gewährleisten.

---

<sup>1</sup> Unter dem Begriff „queer“ werden hier alle Menschen gefasst, die von heteronormativen Vorstellungen zu sexueller Orientierung, romantischer Orientierung, Beziehungsgestaltung und Geschlechtlichkeit abweichen (vgl. Henderson, 2019).

<sup>2</sup> LSBTI\* = lesbisch, schwul, bisexuell, trans\*, inter\* und weitere (→ [Band 1 Vielfalt](#))

Hinsichtlich zu pflegender Menschen einer sexuellen und/oder geschlechtlichen Minderheit bedeutet das, ein Verständnis für die Vulnerabilität dieser Gruppen und die sich daraus ableitenden Bedarfe zu entwickeln. Insbesondere die Biographien älterer LSBTI\* sind geprägt von staatlicher Repression, Pathologisierung und Diskriminierung (→ [Band 1 Altenpflege](#)). Aus Angst vor erneuter Diskriminierung fürchten LSBTI\* im besonderen Maße einen Autonomieverlust vor allem in der stationären Versorgung. Verminderte Teilhabe, Rückzug und Isolation sowie die Nichtinanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung können die Folge sein (→ [Band 1 Gesundheit](#)). Das Qualifizierungsprogramm Lebensort Vielfalt® als strukturierter Organisationsentwicklungsprozess unterstützt Einrichtungen dabei, eine Willkommenskultur für sexuelle und geschlechtliche Vielfalt zu schaffen, die auf struktureller, organisationspolitischer und personeller Ebene verankert wird. Im Folgenden soll das Qualifizierungsprogramm Lebensort Vielfalt® kurz skizziert, Anpassungen während der Corona-(SARS-CoV-2-) Pandemie dargestellt sowie Stimmungsbilder von Teilnehmenden präsentiert werden.

### **Mit dem Diversity Check zu mehr LSBTI\*-Sensibilität**

Der Diversity Check ist ein Instrument, um den Status Quo in Bezug auf die Offenheit für LSBTI\* Personen zu analysieren, und stellt zugleich die Bewertungsgrundlage für die Begutachtung für das Qualifizierungsprogramm Lebensort Vielfalt® dar. Die zu erfüllenden Kriterien verteilen sich auf fünf Bereiche (s. Tabelle 1): (1.) Unternehmenspolitik und Kommunikation, (2.) Personalmanagement, (3.) Transparenz und Sicherheit, (4.) Pflege bzw. Versorgung sowie (5.) Lebenswelten. Zielgruppenabhängig sind die Kriterien auf ambulante, (teil)stationäre Pflegeeinrichtungen und Hospize sowie Krankenhäuser angepasst. Werden mindestens 80 % der Kriterien erfüllt, erhält die Einrichtung das Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt®. Das Beratungsteam des Qualitätssiegels Lebensort Vielfalt® berät und begleitet Einrichtungen im Qualifizierungsprozess kostenlos.

Unternehmenspolitik und Kommunikation	Personalmanagement	Transparenz und Sicherheit	Pflege/ Versorgung/ Begleitung	Lebenswelten
Qualitätsmanagement wird praktiziert und berücksichtigt LSBTI*-sensible Gesundheitsförderung.	Es existieren Strategien, die die Vielfalt der Belegschaft implementieren.	Ein diskriminierungssensibler Umgang zwischen allen relevanten Personen ist gesichert und die Verfahren, die dies ermöglichen sind transparent.	Eine Zusammenarbeit mit LSBTI*-sensiblen Gesundheitsdienstleister*innen ist gewährleistet.	Es gibt ein Diversitätskonzept für die Räumlichkeiten der Einrichtung (z. B. geschlechtsneutrale Toiletten).
Das Leitbild beinhaltet die Pflege/ Versorgung von LSBTI* und ist allen relevanten Personen bekannt.	Das Einarbeitungskonzept beinhaltet das Themenfeld LSBTI*-sensible Gesundheitsförderung.		Spezielle Kenntnisse zu LSBTI*-Gesundheitsrisiken sind vorhanden.	Medien der LSBTI*-Community sind zugänglich.
Mitarbeiter*innen begegnen sich mit Fairness und Respekt.	Der Themenkomplex LSBTI*-sensible Gesundheitsförderung ist fester Bestandteil bei Fortbildungen und Teamsitzungen.		Spezielle Kenntnisse in der Versorgung von Trans* und Inter* sind vorhanden und werden regelmäßig aktualisiert.	Es gibt Aktivitäten, die die Interessen von LSBTI* berücksichtigen.
Der Zugang zu Informationsmaterialien bzgl. LSBTI* ist vorhanden.	Die LSBTI*-sensible Gesundheitsförderung wird im Mitarbeitendengespräch thematisiert.	Die Nutzer*innen der Einrichtung (Bewohner*innen, Klient*innen, Kund*innen, Gäste*, Patient*innen) fühlen sich respektiert und wertgeschätzt.	Nutzer*innen einer Einrichtung werden an der Planung der Pflege/ Versorgung beteiligt.	Die Vernetzung mit LSBTI*-Organisationen ist gewährleistet.
In der Außendarstellung werden LSBTI*-Lebenswelten abgebildet.	Das Unternehmen verfolgt eine Gleichstellungspolitik.		Angehörige/Wahlfamilien werden auf Wunsch in die Planung der Pflege/ Versorgung miteinbezogen.	Interkultureller Austausch wird gefördert.
In der Gesprächsführung und bei Dokumenten wird sexuelle und geschlechtliche Vielfalt berücksichtigt.	Sofern Ehrenamtliche Einsatz finden, sind sie über LSBTI*- Lebenswelten informiert.		Die Trauer- und Sterbegleitung ist auf die Bedürfnisse von LSBTI* abgestimmt.	Religiöse bzw. spirituelle Bedürfnisse, sowie agnostische bzw. atheistische Bedürfnisse werden respektiert und unterstützt.
		Den Menschen ist es möglich, sich so zu präsentieren, wie sie wollen, und werden dabei auf Wunsch unterstützt.		
			Sexualität wird nicht tabuisiert.	

*Anmerkungen:* Diversity Check Compact ist eine komprimierte Übersicht der Kriterien für eine LSBTI\*-sensible Versorgung.

**Tabelle 1:** Diversity Check Compact

## Wissen und Haltung vermitteln für eine inklusivere Gesundheitsförderung

Neben der strukturellen Implementierung einer diversitätssensiblen Gesundheitsförderung und der Verankerung im Qualitätsmanagement kann eine individuelle, subjektorientierte Versorgung von queeren Menschen nur dann effektiv sein, wenn die Mitarbeitendenentwicklung als integraler Bestandteil des Qualifizierungsprozesses verstanden wird. Aufgrund der unzureichenden Wissensvermittlung zum Themenspektrum sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in der Pflegeausbildung sind Fortbildungen essenziell (→ Band 1 Medizinpädagogik). Durch Fortbildungen werden besondere Bedarfe von LSBTI\* Personen vermittelt und Pflegekräfte im Umgang mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt gestärkt. Durch das Angebot von Fortbildungen zu diversitätssensibler Versorgung wird aber auch die Haltung der Einrichtung klar kommuniziert: Vielfalt wird wertgeschätzt und Diskriminierung nicht toleriert. Im Rahmen des Qualifizierungsprozesses sind vier Fortbildungsmodulare verpflichtend zu durchlaufen und weitere vertiefend möglich (s. Tabelle 2).

## Digitalisierung als Ergänzung der analogen Formate

Bereits vor der Corona-Pandemie waren Mitarbeitende in Gesundheitsberufen einem besonders hohen Arbeitsaufwand ausgesetzt. Oft befinden sich die Pflegenden, die Betreuenden oder versorgenden Menschen in sehr eng getakteten Arbeitsstrukturen. Hinzu kommen in vielen Fällen der Alltag im Schichtsystem und hohe psychosoziale Belastungen. Seit dem Ausbruch der Corona-Pandemie müssen die Zielgruppen des

verpflichtend	LSBTI* - Basisfortbildung	HIV und Pflege
	Trans* und Pflege	Inter* und Pflege
vertiefend	LSBTI* Geschichte	Sexualität und Alter
	LSBTI* Gesundheit	Biographiearbeit

**Tabelle 2:** Fortbildungsmodulare im Qualifizierungsprogramm Lebensort Vielfalt®

Qualitätssiegels Lebensort Vielfalt® zudem ständig ändernde Hygieneanforderungen erfüllen, die Patient\*innen, Bewohner\*innen, zu Begleitenden und deren Angehörige beruhigen, die gestiegenen psychosozialen Belastungen der Klient\*innen und Bewohner\*innen auffangen und sich mit Ausbrüchen in ihren Einrichtungen auseinandersetzen. Durch die Kontaktbeschränkungen waren analoge Qualifizierungsformate zudem lange nicht durchführbar. Daher entschied sich das Team des Qualitätssiegels Lebensort Vielfalt®, mit der Digitalisierung der ersten Pflichtfortbildungen zu beginnen, um Kund\*innen ein kostenfreies, interaktives E-Learning-Angebot zu machen (s. Abbildung 1). Die LSBTI\*-Basisfortbildung und eine Fortbildung zu HIV und AIDS wurden bereits in diesem neuen Format erstellt und sind seit kurzem im Einsatz.

#### Verbesserte Skalierbarkeit durch digitale Angebote

Das Team des Qualitätssiegels Lebensort Vielfalt® qualifiziert vermehrt größere Einrichtungen und deren Mitarbeitende im ganzen Bundesgebiet. Vor allem die Zielgruppen-Erweiterung auf Krankenhäuser, Hospize und Tagesstätten verlangt ein effizientes Schulungsformat, um eine stetig steigende Zahl von Menschen zu qualifizieren. Gleichzeitig sind Reisen und physische Treffen, bedingt durch die Corona-Pandemie, kaum oder überhaupt nicht möglich. Darüber hinaus binden analoge Fortbildungen in größeren Betrieben viele personelle Ressourcen. Mit Hilfe der E-Learning-Angebote ist es dem Projekt nun möglich, eine hybride Vorgehensweise aus analogen und digitalen Schulungen zu implementieren. Um die Fortbildungen im digitalen Format abwechslungsreich zu gestalten, enthalten die entsprechenden Trainings viele Aktivierungselemente, wie etwa Drag-and-Drop-Aufgaben, Lückentexte und eigens für diesen Anlass gedrehte Videos von Mitgliedern aus den jeweiligen LSBTI\*-Communities beziehungsweise von Praktiker\*innen.

#### Eine hybride Strategie für mehr Effizienz in der Wissensvermittlung

Nachdem analoge Schulungen wieder möglich sind, werden Schlüsselpositionen in Unternehmen weiterhin mit den bewährten konventio-

## WEITERE BEGRIFFE

Rund um LSBTI\* gibt es weitere Begriffe. Finde hier heraus, was sie bedeuten.

Ziehe dazu die Begriffe auf die freie Stelle mit den drei Punkten.



## VIELFALT FÖRDERN

Damit LSBTI\* sich in eurer Einrichtung sicher, wohl und willkommen fühlen, könnt ihr einiges tun. Hier die wichtigsten Ansatzpunkte:



**Abbildung 1:** Einblicke in das E-Learning des Qualitätssiegels Lebensort Vielfalt®

nellen Schulungen des Qualitätssiegels Lebensort Vielfalt® fortgebildet. Diese Formate haben im Vergleich zum E-Learning den Vorteil, Reflexionsräume und den Austausch im jeweiligen Team leichter gestaltbar zu machen. Auch der persönliche und direkte Kontakt mit einer referierenden Person, welche aus der queeren Community kommt, ist schwer digital zu ersetzen, da es bei Themen rund um die LSBTI\*-Communities nicht nur um die reine Wissensvermittlung, sondern auch um die Verbalisierung von Vorbehalten, die Diskussion der spezifischen Voraussetzungen in einem Unternehmen und um Erfahrungen im Team geht.

Das E-Learning kann aber auch in solchen Situationen als ein erster Einstieg genutzt werden, während die Reflexionsräume dann über eine Video-Konferenz oder ein physisches Treffen eröffnet werden. Das digitale Format hat außerdem den Vorteil, dass es asynchron genutzt werden kann. Dies ermöglicht es beispielsweise Mitarbeitenden im Schichtdienst, die Fortbildungen ohne Zeitdruck und Terminierungsprobleme zu nutzen. Inhalte können bei Bedarf auch zu einem späteren Zeitpunkt flexibel und beliebig oft aufgefrischt werden.

#### Die Pandemie als Innovationsschub

Obwohl die Corona-Pandemie die Kund\*innen und das Team des Qualitätssiegels Lebensort Vielfalt® vor vielschichtige Herausforderungen gestellt hat, sind die Qualifizierungsangebote nun wesentlich diverser als vor den notwendigen Hygiene-Einschränkungen. Die Einrichtungen im Zertifizierungsprozess haben nun die Möglichkeit, einen Großteil ihrer Mitarbeitenden über die neuen E-Learning-Angebote des Qualitätssiegels Lebensort Vielfalt® schulen zu lassen. Gleichzeitig bleiben die altbewährten und geschätzten analogen Formate erhalten, um die digitalen Angebote zu ergänzen. Diese neuen Möglichkeiten werden dazu führen, dass noch mehr Einrichtungen und Menschen für die Belange von queeren Menschen sensibilisiert werden können und somit die Basis für eine inklusivere und diversitätssensiblere Gesundheitsversorgung geschaffen wird.

### **Im Gespräch mit Praktiker\*innen und Siegelträger\*innen über die Wissensvermittlung zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt**

Die interviewten Personen sind Annemarie Kröning (Pflegedienstleitung) von der Tertianum Care Mobile Pflege GmbH und Alexander Goethe (Projektleitung Pflegegewohnen, Wohnen mit Vielfalt) bei der SOLIS Pflege GmbH.

Was waren Ihre Gedanken als Sie das erste Mal vom Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt® gehört haben?

*Annemarie Kröning:* Ich war direkt begeistert und dachte: Endlich passiert mal was. Es war auch alles total strukturiert und der Diversity Check war 1A. Meine neuen Mitarbeitenden habe ich dann direkt ins Boot geholt und alle meinten, dass sie das auch machen wollen. Mein Team war schon immer bunt gemischt und wir hatten schon immer viele lesbische und schwule Mitarbeitende und auch trans\* Menschen im Team. Wir sitzen direkt im Schöneberger-Regenbogenkiez und daher war auch der Bedarf an LSBTI\*-sensibler Versorgung definitiv vorhanden. Es kamen auch viele Angehörige zu uns und haben uns von schlimmen Erfahrungen mit anderen Pflegediensten erzählt. Sie berichteten von Berührungsängsten bis hin zur Ablehnung. Abgesehen von diesen Horrorgeschichten ist es immer toll, sich für eine gute Sache stark zu machen. Wir brennen für das Thema. Außerdem wollten wir viel mehr wissen, uns stark machen, uns positionieren und einen Schwerpunkt setzen. Wir wollen Ansprechpartner\*innen für die LSBTI\*-Communities sein.

*Alexander Goethe:* Ich habe mich gefreut, dass ich endlich ein derartiges Angebot gefunden hatte. Wir haben unsere Firma 2017 gegründet und wussten zu diesem Zeitpunkt schon, dass wir etwas in diese Richtung machen wollten. Wir wussten nur noch nicht wie. Ich habe dann im Internet recherchiert und einige Angebote gefunden, aber diese haben sich hauptsächlich auf Süd- und Westdeutschland bezogen. Das war

für mich zu weit entfernt. Wir waren damals auch nur sechs Mitarbeitende. Nachdem ich das Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt® gefunden habe, habe ich dann direkt Kontakt aufgenommen. Mir hat auch der Diversity Check richtig gut gefallen, weil es einem etwas an die Hand gibt, an dem man sich orientieren kann. Vieles kann man ja auch mit einem gesunden Menschenverstand begreifen, aber die Informationen noch einmal strukturiert zu bekommen, hatte definitiv Vorteile.

Was wussten Sie vor dem Besuch der Fortbildungen über die Bedarfe von LSBTI\* Personen?

*Annemarie Kröning:* Ich muss sagen, dass ich vor allem im Bereich Trans\* und Inter\* wenig wusste. Das war komplettes Neuland für mich. Bedarfe und Erfahrungen von LSBTI\* Klient\*innen wurden mir durch die Fortbildungen viel nähergebracht. Die Fortbildungen waren klasse und super interessant. Wir haben ganz tolle Fachdozierende bekommen. Manche Fortbildungsinhalte waren auch sehr bewegend. Es kam vor, dass einige Mitarbeitende bei gewissen Themen angefangen haben, zu weinen, weil sie von den Erfahrungen wirklich betroffen waren. Ich fand es einfach gut, wie es gelaufen ist. Eine Person zu haben, die tief in der Thematik drin ist, ist viel besser als lediglich Fachlektüre zum Thema zu lesen.

*Alexander Goethe:* Ich würde subjektiv behaupten, dass ich gut im Bilde war. Es gibt aber natürlich immer Details, die man dazu lernt. Ich bin auch eher eine Aktivistin-Seele und war der erste bei mir an der Schule, der sich auch geoutet hat. Meine Methode war immer schon die Wissensvermittlung. Was für mich neu war, waren die rechtlichen Geschichten. Das war schon sehr erschreckend. Ansonsten hatte ich, glaube ich, einen guten groben Überblick. Ich hätte es nur so nicht methodisch rüberbringen können. Im Gegensatz zu mir war der Wissensstand im Team vor den Fortbildungen gleich Null. Die Basisfortbildung hat schon geholfen, aber das markanteste Erlebnis hatte das Team bei

der HIV- und AIDS-Fortbildung. Darüber reden die Mitarbeitenden heute noch. Das war für sie sehr augenöffnend, weil es kein Vorwissen gab, aber viele Fehlinformationen und Hörensagen in den Köpfen waren. Sie hatten nicht unbedingt Angst vor HIV, aber es war definitiv eine Skepsis vorhanden. Gerade in Bezug auf die Übertragungsarten gab es eine völlige Unsicherheit. Es war ein bisschen wie in den 1980er Jahren.

An welchen Fortbildungen haben Sie teilgenommen und was hat Sie am meisten überrascht?

*Annemarie Kröning:* Wir hatten Fortbildungen zum Thema Trans\*. Hierfür haben wir Max Appenroth<sup>3</sup> eingeladen. Er hat das so super rübergebracht. Vier Wochen später hat er im Schwulen Museum noch einmal eine Fortbildung gehalten und ich habe dann direkt meinen Mann und ein paar Freunde eingeladen. Wir waren die einzigen cis Personen und das war super interessant. Wir hatten auch eine Inter\*-Fortbildung. Diese Schulung war auch im Workshop-Format und auch hier sind viele Tränen geflossen. Die Erfahrungen von inter\* Personen, die Diskriminierungen, die Stigmatisierungen und die Traumatisierungen haben, berührten mein Team und mich sehr. Es war für uns alle ein neues Bild und in einer ganz anderen Tiefe. Wenn man keine Berührungspunkte hat, dann beschäftigt man sich auch gar nicht so mit dem Thema. Diese Themen wurden auch nicht in meiner Ausbildung behandelt. Außerdem hatten wir noch Fortbildungen zum Thema HIV und AIDS. Hier sind wir mit dem Referenten auch eine Kooperation eingegangen: Er war zwei Mal bei uns im Team. Es war einfach alles 1A!

---

<sup>3</sup> Webseite: <https://www.max-appenroth.com/>

*Alexander Goethe:* Wir haben die Basisfortbildung und die Fortbildung zu HIV und AIDS mehrmals besucht und machen sie demnächst wieder. Außerdem haben wir die Fortbildungen zu Trans\* und normativen Körperbildern gemacht. Wir wollten eigentlich noch mehr machen, aber dann kam ja Corona dazwischen. Wenn wir als Team eine Fortbildung machen, endet es meist in einer Gesprächsrunde. Neben der HIV- und AIDS-Fortbildung war auch der Biographien-Zeitstrahl in der Basischulung sehr eindrücklich. Hier haben wir z. B. gelernt, in welcher rechtlichen Situation eine Person, die heute 80 Jahre alt ist, war. Das ist ja ein ganz anderes Erleben als heute. Das Thema normative Körperbilder haben wir auch nicht nur auf geschlechtliche Aspekte bezogen, sondern auch grundsätzlich auf Toleranz gegenüber Menschen. Das kam richtig gut an und ich habe danach eine deutliche Veränderung im Team im Umgang miteinander erlebt. Wir haben einige Mitarbeitende, die kräftiger sind und natürlich gibt es auch Missgunst zwischen Menschen. Da hat die Fortbildung und deren Aussage: „Alle können so sein, wie sie wollen“ wirklich geholfen. Danach hat niemand mehr ein negatives Wort über andere Körperlichkeiten verloren und allein dafür hat sich das schon absolut gelohnt.

Was haben Sie persönlich für sich mitgenommen?

*Annemarie Kröning:* Das Fachwissen natürlich! Früher dachte man halt, es könnte ja so oder so sein, aber ich wusste nicht direkt, auf was zu achten ist und was nicht vergessen werden darf. Ich habe mich immer gefragt, wie ich Dinge ansprechen kann, ohne dass es komisch wird. Wir haben gelernt, auf Menschen zuzugehen, andere zu pushen und mitzunehmen. Da kam wirklich viel zurück – auch von Angehörigen. Das fand ich richtig klasse. Ich habe viele Angehörige, die uns ganz gezielt für ihre Mutter oder ihren Vater gesucht haben. Sie kamen selbst aus der Community und fanden es toll, dass es einen bunten Pflegedienst gibt, der auch deren Werte vertritt.

*Alexander Goethe:* Super viel. Mehr Fakten geben einem einfach was an die Hand. Man hat dann mehr Argumente, als wenn man nur Halbwissen kennt. Mit offenen Diskussionen und guten Argumenten kann man Barrieren überwinden, die anfänglich wie der Himalaya wirken. Das hat mir zwischendurch viel Kraft gegeben. Es gibt ja immer wieder Tiefschläge und man hat ja auch privat dementsprechende Erlebnisse. Das sind Momente, in denen ich mir diese Weiterbildungen in den Kopf rufe und auch an die Zeit danach denke. Hier haben mir die Mitarbeitenden ja ganz klar gezeigt, dass sie das wirklich bewegt, und das ist genau das, was ich wollte. Gerade hier auf dem Dorf ist das eben eine ganz andere Nummer. Hier sind Vorurteile Alltag und daher gibt mir dieser Prozess ein gutes Gefühl.

Wie haben die Fortbildungen Ihr Team/Ihre Einrichtung verändert?

*Annemarie Kröning:* Der Zusammenhalt ist toll und auch die Kommunikation funktioniert klasse. Wir haben bei uns im Team auch ganz flache Hierarchien. Alle sind gleich wichtig – egal welche Qualifikationen eine Person mitbringt. Wir haben durch die Fortbildungen ein Thema gefunden, für das wir gemeinsam kämpfen und uns stark machen können. Das führt dazu, dass man sich mehr mit dem Team identifiziert, und das bringt allen was. Die Mitarbeitenden fühlen sich alle wohl und sagen auch, dass wir eine familiäre Atmosphäre haben. Daher haben sie wirklich Spaß, arbeiten zu gehen. Die Resonanz draußen ist auch richtig gut. Wir kommunizieren unsere LSBTI\* Expertise auch unseren Klient\*innen. Egal ob sie aus der LSBTI\* Community sind oder nicht. Die Leute fragen nach und haben Fragen zum Siegel. Auch unsere „steiferen Klient\*innen“ haben uns – wider Erwarten – ganz viel Zuspruch gegeben. Die Qualifizierung hat für einen richtigen Aufschwung gesorgt. Ich habe auch wenige Krankmeldungen und wenig Fluktuation, weil die Menschen sagen, dass die Stimmung so familiär ist. Deswegen fühlen sie sich wohl. Sie können einfach so sein, wie sie möchten.

*Alexander Goethe:* Neben den bereits genannten Beispielen würde ich sagen, dass viel mehr nachgefragt wird. Es wird im Allgemeinen viel intensiver auf die Patient\*innen eingegangen – auch durch Biographiearbeit. Es wird auch offener gefragt. Heute fragen die Mitarbeitenden einen Patienten nicht mehr „hatten sie mal eine Frau?“, sondern „wer ist ihnen wichtig?“. Wir haben mittlerweile auch einige schwule und lesbische Paare, die für ihre Angehörigen eine Pflege suchen. Hier merke ich, dass es wesentlich weniger Vorbehalte gibt. Die Berührungsängste sind einfach verschwunden.

Was würden Sie anderen Einrichtungen mit auf den Weg geben?

*Annemarie Kröning:* Es ist gut, einfach Mut zur Lücke zu haben! Ich würde es schön finden, wenn sich viel mehr Institutionen diesen Themen annehmen würden. Wir sind auch in einem Verbund mit vielen anderen Einrichtungen und darüber habe ich auch mitgekriegt, dass ein paar Zertifizierungen laufen. Umso größer das Netzwerk, umso einfacher ist die Kommunikation. Dadurch kann ich viel besser beraten und vermitteln. Ein Beispiel: Wenn es zu Hause nicht mehr geht, dann muss ich an stationäre Einrichtungen vermitteln können. Durch das Qualitätssiegel kann ich die Menschen ohne Bedenken weitervermitteln, weil ich weiß, dass diese Einrichtungen auch diese Werte vertreten. Wir brauchen so etwas, weil wir nicht alle Bedarfe in der Häuslichkeit abdecken können. Ich bin auf tolle Kooperationen wie mit stationären Einrichtungen, Apotheken, Fachärzt\*innen und Beratungsstellen angewiesen. Es ist immer toll, wenn ich anderen Menschen helfen kann und ihnen sagen kann: „Ich habe da jemanden für Sie.“ Es müssen sich daher viel mehr Einrichtungen zertifizieren lassen. Das ist auch wichtig, um Dinge zu verändern. Weil wenn man allein rudert, kommt man nicht so weit.

*Alexander Goethe:* Bei manchen Netzwerkveranstaltungen zum Thema LSBTI\* und Pflege haben Menschen, die auch aus dem ländlichen Raum kommen, das Gefühl, diese Dinge nicht umsetzen zu können.

---

Diesen Einrichtungen würde ich gerne sagen, dass obwohl vielleicht das Gefühl besteht, dass nicht viel in Bezug auf LSBTI\* Lebenswelten vor Ort auf dem Land vorhanden ist, man trotzdem eine Vorreiter\*innenrolle einnehmen kann und sich davon nicht bremsen lassen muss. Mit einem guten Team kann man das locker erreichen und dann kann man auch wirklich was bewegen.

## Literatur

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (o. J.). Die Pflege-Charta. Abgerufen am 22.07.2021 von <https://www.wege-zur-pflege.de/pflege-charta>

HENDERSON, B. (2019). Queer Studies. Beyond Binaries. New York, NY: Harrington Park Press.

SCHWULENBERATUNG BERLIN (o. J.). Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt®. Abgerufen am 22.07.2022 von <https://schwulenberatungberlin.de/qualitaetssiegel-lebensort-vielfalt/>

## Autor\*innen

**Simon Lang** hat einen Master-Abschluss in Sozialwissenschaften und ist Mitarbeiter beim Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt®, ein Projekt der Schwulenberatung Berlin. Dieses wird vom Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen AIDS-Stiftung gefördert. Er verantwortet den Bereich Krankenhäuser. Kontakt: [s.lang@schwulenberatungberlin.de](mailto:s.lang@schwulenberatungberlin.de)

**Eva Obernauer** hat einen Master-Abschluss in Sozialmanagement und ist Mitarbeiterin der Schwulenberatung Berlin in den Projekten Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt® und der Fachstelle LSBTI\*, Altern und Pflege. Das Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt® wird gefördert vom Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen AIDS-Stiftung. Die Fachstelle LSBTI\*, Altern und Pflege wird gefördert von der Berliner Landesstelle für Gleichbehandlung – gegen Diskriminierung. Kontakt: [e.obernauer@schwulenberatungberlin.de](mailto:e.obernauer@schwulenberatungberlin.de)

Weitere Informationen zum Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt®: [www.qualitaetssiegel-lebensort-vielfalt.de](http://www.qualitaetssiegel-lebensort-vielfalt.de)

Weiterführende  
Informationen



---

## 16. Glossar

Dieses Glossar basiert auf dem von Spahn (2018), welches sich wiederum auf das Glossar des Queer Lexikons (letztmalig aktualisiert 2019) bezieht. Weitere detailliertere, begriffliche Bestimmungen finden sich u. a. beim Gender Glossar (o. J.) oder bei Debus und Laumann (2018).

Die hier ausgewählten Texte sind nicht als feststehende, allgemeingültige Definitionen zu verstehen sondern als stark verkürzte Begriffsannäherungen und können sich auch von anderen Definitionen stellenweise unterscheiden. Letztendlich haben Menschen selbst die Deutungshoheit über ihre Identitäten, Geschlechter, sexuellen Orientierungen und Körper.

### **Abinär/nicht-binär/non-binary**

Geschlechtsbeschreibung für Menschen, die sich nicht als Mann oder Frau identifizieren, sondern als beides gleichzeitig, zwischen männlich und weiblich oder als weder männlich noch weiblich

### **Adhärenz**

Verhalten von Patient\*innen bzw. Klient\*innen, die einem medizinischen und/oder therapeutischen Ziel dienen

### **Agender**

Geschlechtsbeschreibung für Menschen, die sich keinem Geschlecht zugehörig fühlen oder für die Geschlecht für die eigene Identität irrelevant ist

### **Allosexuell und -romantisch/z-sexuell und -romantisch**

Beschreibung von sexueller bzw. romantischer Orientierung für Menschen, die („durchschnittliche“) sexuelle bzw. romantische Anziehung gegenüber anderen Menschen verspüren

---

### **Androphil/androsexuell und -romantisch**

Beschreibung von sexueller bzw. romantischer Orientierung für Menschen, die sexuelle bzw. romantische Anziehung gegenüber Männern verspüren

### **Asexuell und aromantisch**

Beschreibung von sexueller bzw. romantischer Orientierung für Menschen, die keine oder sehr wenig sexuelle bzw. romantische Anziehung zu anderen Menschen verspüren

### **Binäres Geschlechtermodell**

Gesellschaftliches Modell, das davon ausgeht, dass es nur zwei Geschlechter (männlich und weiblich) gibt

### **Bisexuell und -romantisch**

Beschreibung von sexueller bzw. romantischer Orientierung für Menschen, die sexuelle bzw. romantische Anziehung gegenüber Männern und Frauen verspüren

### **Cis(geschlechtlich)**

Geschlechtsbeschreibung für Menschen, deren Geschlechtsidentität mit dem Körpergeschlecht bzw. dem zugewiesenen Geschlecht („Hebammengeschlecht“) übereinstimmt (vgl. Trans\*)

### **Coming-Out**

Prozess, in dem eine Person sich selbst über ihr Geschlecht und/oder ihre sexuelle Orientierung bewusst wird und diese(s) anerkennt (inneres Coming-Out) und mit anderen darüber spricht (äußeres Coming-Out)

### **Compliance**

Bereitschaft von Patient\*innen bzw. Klient\*innen, medizinische und/oder therapeutische Maßnahmen umzusetzen

### **Copingstrategien**

Bewältigungsstrategien im Umgang mit belastenden und Stresssituationen

### **Deadname**

Abgelegter Name von Menschen, deren bei Geburt gegebener Name nicht der geschlechtlichen Identität entspricht

### **Demisexuell und -romantisch**

Beschreibung von sexueller bzw. romantischer Orientierung für Menschen, die sexuelle bzw. romantische Anziehung (ausschließlich) gegenüber anderen Menschen, zu denen eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut wurde, verspüren

### **Diskriminierung**

Systematische Benachteiligung von sozialen Gruppen, sowohl interaktional als auch gesellschaftlich

### **Diversity Management**

Strategischer Umgang mit und Förderung von personeller Vielfalt in Organisationen

### **Empowerment**

Prozess der Selbstermächtigung, in dem Menschen dazu befähigt werden, eigenständig ihr Leben und ihre Umwelt (inkl. Gesundheit) zu gestalten

### **Endo(geschlechtlich)**

Geschlechtsbeschreibung für Menschen, deren Körpergeschlecht einer eindeutigen medizinischen Norm von männlich bzw. weiblich entspricht (vgl. Inter\*)

### **Gender**

Gesellschaftliche Erwartungen hinsichtlich Eigenschaften und angemessenen Verhaltensweisen an unterschiedliche Geschlechter (üblicherweise innerhalb eines binären Geschlechtermodells)

### **Genderfluid**

Geschlechtsbeschreibung für Menschen, deren Geschlechtsidentität (situativ oder über längere Phasen) wechselt

---

**Genderqueer**

Überbegriff für Geschlechtsbeschreibungen für Menschen, die nicht in die Norm des binären Geschlechtermodells passen

**Geschlecht**

Überbegriff für Merkmalkombinationen aus Körpergeschlechts (*Sex*), Geschlechtsidentität (*Gender Identity*), Geschlechtsausdrucks (*Gender Performance* oder *Expression*) und gesellschaftlichen Erwartungen an Geschlechter (*Gender*)

**Geschlechtliche Dysphorie**

Unwohlsein, wenn das Geschlecht bzw. die Geschlechtsidentität einer Person nicht mit der Wahrnehmung anderer von dieser Person übereinstimmen

**Geschlechtsausdruck/Geschlechtspräsentation/genderperformance/expression**

Äußere Darstellung vom Geschlecht eines Menschen, beispielsweise durch Kleidung, Gestik, Mimik oder Verhalten

**Geschlechtsidentität/selbstbestimmtes Geschlecht/gender identity**

Persönliches Zugehörigkeitsgefühl zu keinem, einem oder mehreren Geschlechtern

**Gray-/greysexuell und -romantisch**

Beschreibung von sexueller bzw. romantischer Orientierung für Menschen, die wenig sexuelle bzw. romantische Anziehung zu anderen Menschen verspüren und sich zwischen asexuell bzw. -romantisch und allosexuell bzw. -romantisch verorten

**Gynäkophil/gynäkosexuell und -romantisch** (auch gynäphil oder gynophil)

Beschreibung von sexueller bzw. romantischer Orientierung für Menschen, die sexuelle bzw. romantische Anziehung gegenüber Frauen verspüren

**Hebammengeschlecht/zugewiesenes Geschlecht**

Das zugewiesene Geschlecht beschreibt das Geschlecht, dem ein Kind bei der Geburt aufgrund von Genitalien zugewiesen wird. Es kann aber auch das Geschlecht bezeichnen, zu dem eine inter\* Person mithilfe von Genitaloperationen zwangsweise zugewiesen wurde.

**Herm(aphrodit)**

Begriff aus der griechisch/römischen antiken Kultur und Mythologie, der historisch in der Medizin zur Beschreibung von inter\* Menschen verwendet wurde (heute sollte er außer als positive Selbstbezeichnung von inter\* Personen nicht mehr verwendet werden)

**Heteronormativität**

Gesellschaftliche Erwartungshaltung, dass alle Menschen cis(geschlechtlich) und endo(geschlechtlich) sowie heterosexuell sind, und Abweichungen davon werden unsichtbar gemacht und/oder diskriminiert

**Heterosexismus**

Einstellung, dass Heterosexualität anderen sexuellen Orientierungen überlegen ist (vgl. Heteronormativität)

**Heterosexuell und -romantisch**

Beschreibung von sexueller bzw. romantischer Orientierung für Menschen, die sexuelle bzw. romantische Anziehung gegenüber Menschen eines anderen Geschlechts verspüren (üblicherweise innerhalb eines binären Geschlechtermodells)

**HIV und AIDS**

HIV steht für *Human Immunodeficiency Virus* (Humanes Immunschwäche-Virus), welches unbehandelt zu AIDS, *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Angeeignetes Immunschwäche-Syndrom), führt

---

### **Homosexuell und -romantisch**

Beschreibung von sexueller bzw. romantischer Orientierung für Menschen, die sexuelle bzw. romantische Anziehung gegenüber Menschen des eigenen Geschlechts verspüren (üblicherweise innerhalb eines binären Geschlechtermodells)

### **Inter\*/intergeschlechtlich/intersexuell**

Geschlechtsbeschreibung für Menschen, deren Körpergeschlecht nicht einer eindeutigen medizinischen Norm von männlich bzw. weiblich entspricht; intersexuell als Begriff wird kritisch betrachtet (vgl. endo(geschlechtlich))

### **International Classification of Diseases (ICD)**

Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), deren deutsche Version als Grundlage für Abrechnungen ärztlicher Leistungen in Deutschland dient

### **Intersektionalität**

Betrachtung vom Zusammenspiel und der Verschränkung verschiedener sozialer Differenzkategorien zwischen u. a. Geschlecht, sexueller Orientierung, Ethnizität, Alter, Religion und Behinderung.

### **Karyotyp**

Erscheinungsbild des Chromosomensatzes

### **Körpergeschlecht/sex**

Geschlechtsassoziierte Merkmale des Körpers, darunter innere und äußere Geschlechtsorgane, Hormone, Gehirnstruktur, Körpergröße, Körperbehaarung, Stimmhöhe/-tiefe, Form/Größe der Brust/Brüste, Zeugungs-/Gebärfähigkeit, Erektionsfähigkeit, Orgasmusfähigkeit und Ejakulationsfähigkeit

### **Lesbisch**

Beschreibung von sexueller (und romantischer) Orientierung für Frauen, die sexuelle (und romantische) Anziehung gegenüber Frauen verspüren

### **Marginalisierung**

Beschreibt den Prozess, soziale Gruppen unbedeutend zu halten bzw. zu machen und somit als Randgruppen in der Gesellschaft zu stigmatisieren

### **Mikroaggression**

Subtile Verhaltensweisen und Äußerungen, die, oft unbewusst oder unbeabsichtigt, feindselige oder herabwürdigende Botschaften vermitteln

### **Minoritätenstress**

Stress von Menschen aus Gruppen mit Minoritätenstatus, der durch offene Diskriminierung, Mikroaggressionen und der Umgang mit der eigenen Identität in einer ausgrenzenden Gesellschaft ausgelöst wird

### **Othering**

Form von Diskriminierung, bei der eine soziale Gruppe bzw. ein Mitglied einer sozialen Gruppe als andersartig bzw. fremd klassifiziert und ausgegrenzt wird

### **Outing (unfreiwillig)**

Veröffentlichung der sexuellen und/oder geschlechtlichen Identität einer anderen Person ohne deren Zustimmung oder Einwilligung der betroffenen Person (vgl. Coming-Out)

### **Pansexuell und -romantisch**

Beschreibung von sexueller bzw. romantischer Orientierung für Menschen, die sexuelle bzw. romantische Anziehung gegenüber Menschen unabhängig des Geschlechts verspüren

---

**Phänotyp**

Erscheinungsbild eines Menschen mit allen morphologischen und physiologischen Eigenschaften

**Polysexuell und -romantisch**

Beschreibung von sexueller bzw. romantischer Orientierung für Menschen, die sexuelle bzw. romantische Anziehung gegenüber Menschen mehrerer, verschiedener Geschlechter (aber nicht aller) verspüren

**Queer**

Keine feststehende Definition; meist Beschreibung für Menschen, die ihre sexuelle Orientierung und/oder geschlechtliche Identität jenseits der heteronormativen Gesellschaft verorten

**Questioning**

Beschreibung für Menschen, die (noch) keine passende Beschreibung für ihre Sexualität und/oder ihr Geschlecht gefunden haben bzw. ihre Beschreibung hinterfragen

**Romantische/amouröse Orientierung**

Dimension der zwischenmenschlichen Attraktion, die beschreibt, in Menschen welchen Geschlechts bzw. welcher Geschlechter sich eine Person verlieben kann bzw. mit Menschen welchen Geschlechts bzw. welcher Geschlechter eine Person gerne eine romantische Liebesbeziehung führen möchte

**Schwul**

Beschreibung von sexueller (und romantischer) Orientierung für Männer, die sexuelle (und romantische) Anziehung gegenüber Männern verspüren

**Sexuelle Identität**

Überbegriff für sexuelle und romantische Orientierung sowie geschlechtliche Identität und Geschlechtlichkeit

**Sexuelle Orientierung**

Im weiten Sinne Beschreibung dafür, zu Menschen welchen Geschlechts bzw. welcher Geschlechter sich ein Mensch romantisch, körperlich und/oder sexuell hingezogen fühlt; im engen Sinne Dimension der zwischenmenschlichen Attraktion, die beschreibt, zu Menschen welchen Geschlechts bzw. welcher Geschlechter sich ein Mensch sexuell hingezogen fühlt

**Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt**

Überbegriff für die Vielfalt von Geschlecht und sexueller Orientierung, welcher sowohl queere bzw. LGBTI+ Menschen als auch cis(geschlechtliche) und endo(geschlechtliche) sowie heterosexuelle Menschen einschließt

**Skoliosexuell und -romantisch**

Beschreibung von sexueller bzw. romantischer Orientierung für Menschen, die sexuelle bzw. romantische Anziehung gegenüber nicht-binären Menschen verspüren

**Stereotyp**

Soziale geteilte Vorstellung („innere Bilder“) von sozialen Gruppen bzw. Mitgliedern von sozialen Gruppen

**Sternchen (\*)**

Symbol (a.) für verschiedene Identitäten und Variationen, (b.) für verschiedene Endungen bei inter\* und trans\* wie „-sexuell“, „-geschlechtlich“ und „-gender“ und (c.) innerhalb geschlechtersensibler Sprache, um nicht-binäre Menschen einzuschließen.

**Stigma**

Negativ bewertetes Merkmal von Personen oder sozialen Gruppen

**Soziosexuell (unrestruktiv)**

Beschreibung für sexuelle Orientierung von Menschen, die promiskuitiv sind und häufig sexuelle Anziehung gegenüber anderen Menschen ohne emotionale Beziehung (z. B. Fremde) verspüren

---

## **Trans\*/transgender/transgeschlechtlich/transident/transsexuell**

Geschlechtsbeschreibung für Menschen, deren Geschlechtsidentität nicht mit dem Körpergeschlecht bzw. dem zugewiesenen Geschlecht („Hebammengeschlecht“) übereinstimmt; transsexuell wird als medizinisch pathologisierend und damit diskriminierend abgelehnt (vgl. cis(geschlechtlich))

## **Transition**

Prozess, in dem eine trans\* Person soziale, körperliche und/oder juristische Änderungen vornimmt, um das eigene selbstbestimmte Geschlecht auszudrücken, z. B. Hormontherapien, Operationen, Namens- und Personenstandsänderungen sowie geändertes soziales Auftreten

## **Varianten der Geschlechtsentwicklung**

Überbegriff für alle körperlichen Entwicklungsvarianten, deren Merkmale für die Geschlechtlichkeit bedeutsam sind

## **Vorurteil**

Positive oder negative Einstellung gegenüber sozialen Gruppen bzw. Mitgliedern von sozialen Gruppen

## **Literatur und weitere Glossare (Auswahl)**

DEBUS, K., & LAUMANN, V. (2018). Glossar zu Begriffen geschlechtlicher, amouröser und sexueller Vielfalt. In K. Debus & V. Laumann (Hg.), Pädagogik geschlechtlicher, amouröser und sexueller Vielfalt. Zwischen Sensibilisierung und Empowerment (S. 156-165). Berlin: Dissens. <https://interventionen.dissens.de/materialien/handreichung/>

GENDER GLOSSAR (o. J.). Gender Glossar. Abgerufen am 27.10.2020 von <https://www.gender-glossar.de>

QUEER LEXIKON (o. J.). Queer Lexikon. Deine Online-Anlaufstelle für sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Abgerufen am 27.10.2020 von <https://www.queer-lexikon.net>

SPAHN, A. (2018). Glossar. In A. Spahn & J. Wedl (Hg.), Schule lehrt/lernt Vielfalt. Praxisorientiertes Basiswissen und Tipps für Homo-, Bi-, Trans- und Inter\*freundlichkeit in der Schule (S. 234-242). Göttingen: Waldschlösschen Verlag. <http://www.akzeptanz-fuer-vielfalt.de>

---

## 17. Akteur\*innen

Im Folgenden sind Akteur\*innen, Institutionen, Vereine und Organisationen sowie Projekte gelistet, die im Kontext von sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin agieren. Diese Auflistung ist nicht erschöpfend und wurde auf Basis von online zugänglichen Informationen erstellt.

### **Kompetenznetzwerk zum Abbau von Homosexuellen- und Transfeindlichkeit – Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Selbstbestimmung und Vielfalt**

*<https://www.selbstverstaendlich-vielfalt.de>*

bestehend aus:

Akademie Waldschlösschen (AWS)

Die AWS ist staatlich anerkannte Erwachsenenbildungsstätte. Sie hat Angebote für Schwule und Lesben, bisexuelle, inter\* und trans\* sowie ihre Lebenspartner\*innen und Familien, für HIV-positive und an AIDS erkrankte Menschen und ihre Lebenspartner\*innen, Fortbildungsveranstaltungen zu AIDS und sexualpädagogischen Themen sowie Seminare für Menschen mit geistiger Behinderung.

*<https://www.waldschloessen.org>*

Bundesverband Trans\* (BVT\*)

Der BVT\* ist bundesweit Ansprechpartner\*in rund um trans\* Belange: Er vernetzt politisch engagierte trans\* Personen, Vereine und Gruppen und sorgt für Austausch. Durch Lobbyarbeit gestaltet der BVT\* aktiv Politik mit und arbeitet an der Verbesserung der Lebenslagen von trans\* Personen. Darüber hinaus bildet der BVT\* Fachkräfte aus den Bereichen Gesundheit und soziale Versorgung fort und ist in der trans\* Jugendarbeit tätig.

*<https://www.bundesverband-trans.de>*

---

Intergeschlechtliche Menschen e. V. Bundesverband (IMeV)

IMeV setzt sich ein für ein selbstbestimmtes, diskriminierungsfreies Leben aller Menschen. IMeV steht ein für die Verwirklichung der Menschenrechte und wendet sich gegen jede Art der Diskriminierung und Benachteiligung wegen des Geschlechtes auf nationaler und internationaler Ebene.

<https://www.im-ev.de>

Lesben- und Schwulenverband in Deutschland (LSVD)

Der LSVD ist ein Bürgerrechtsverband und vertritt Interessen und Belange von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, trans- und intergeschlechtlichen Menschen. Menschenrechte, Vielfalt und Respekt – wir wollen, dass LSBTI als selbstverständlicher Teil gesellschaftlicher Normalität akzeptiert und anerkannt werden. Wir sind präsent in der Öffentlichkeit, den Medien und der Politik. Der LSVD nimmt Stellung und wird angehört, wenn die Belange von LSBTI berührt sind: von der Bundesregierung, vom Bundestag und vom Bundesverfassungsgericht.

<https://www.lsvd.de>

### **Weitere allgemeine bundesweite Akteur\*innen**

Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität (dgti)

Die dgti hat sich zum Ziel gesetzt, die Akzeptanz von Transgendern innerhalb der Gesellschaft zu fördern und deren Stigmatisierung entgegenzuwirken. Sie berät und betreut Betroffene und Interessierte, sofern dies gewünscht wird. Ein wesentlicher Aspekt der Arbeit ist die (Re-)Integration von Betroffenen in den Arbeitsprozess, um so der Gefahr des sozialen Abstiegs zu begegnen, der heutzutage noch mit dem sozialen Wechsel verbunden ist. Die dgti tritt für mehr Offenheit der eigenen Identität gegenüber ein und trägt der Vielfalt menschlichen Daseins Rechnung.

<https://www.dgti.org>

Deutsche Vertretung der internationalen Vereinigung intergeschlechtlicher Menschen (IVIM)/Organisation Intersex International (OII)

Die OII Germany (auch IVIM oder OII Deutschland) ist die deutschsprachige Vertretung der Organisation Intersex International (OII). Historisch war die OII Welt mit Beiratsmitgliedern in über 20 Ländern und sechs Kontinenten vertreten und war ein globales dezentrales Netzwerk intergeschlechtlicher Vereinigungen. Dieses Netzwerk ging später auf in neue Zusammenschlüsse mittels der Internationalen Intersex Foren. Wir sind Gründungsmitglied von OII Europe, dem ersten europäischen Dachverband von Inter\*-Menschenrechtsorganisationen, der sich am Menschenrechtstag, 10. Dezember, 2012 in Stockholm gegründet hat.

<https://oiigermany.org>

### **Bundesweite themenspezifische Interessensvertretungen und Netzwerke**

Bundesarbeitsgemeinschaft Schwule im Gesundheitswesen e.V. (BASG)

Wir sind eine Gruppe schwuler Männer aus den unterschiedlichsten Bereichen des Gesundheitswesens: Ärzte, Auszubildende, Studenten, Ergotherapeuten, Gestalttherapeuten, Heilpraktiker, Krankenhausseelsorger, Krankenpfleger und Pflegeschüler, Physiotherapeuten, Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Verwaltungsangestellte u. v. m.

<http://www.basg.de>

Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren e.V. (BISS)

Die BISS ist ein bundesweit tätiger Fachverband für die Interessen und Selbsthilfe von älteren Schwulen. Wir vernetzen schwule Seniorengruppen und Verbände der schwulen Selbsthilfe. Mit politischer Lobbyarbeit wollen wir die Partizipation von älteren Schwulen stärken. Wir kooperieren dabei mit Fachverbänden der Altenhilfe und Pflege sowie anderen schwulen und lesbischen Organisationen.

<http://schwuleundalter.de>

---

Dachverband Lesben und Alter e. V.

Ziel des Dachverbandes Lesben und Alter ist es, die gesellschaftliche Wahrnehmung für die Lebenssituation älterer und alter lesbisch lebender Frauen zu stärken und ihre Interessen gegenüber Politik und Verbänden zu vertreten. Alles, was Frauen ein unabhängiges, wirtschaftlich gefestigtes Leben ermöglicht, ist auch ein lesbisches Thema! Alterssicherung, Wohnformen, Gesundheitsprävention, Versorgung und Pflege, aber auch Rentenpolitik und drohende Altersarmut stehen daher auf der politischen Agenda des Dachverbandes Lesben und Alter.  
*<http://lesbenundalter.de>*

Netzwerk\* sexuelle und geschlechtliche Diversität in Gesundheitsforschung und -versorgung  
Das Netzwerk\* „Sexuelle und geschlechtliche Diversität“ entstand auf Initiative verschiedener Personen, die wissenschaftlich und forschend zu sexueller und geschlechtlicher Diversität im deutschsprachigen Raum arbeiten. Es arbeitet interdisziplinär und Fachberufe-übergreifend und richtet sich an alle, die sich praktisch, wissenschaftlich und forschend mit nicht-heteronormativen und nicht-gender-binären Ansätzen in Gesundheitsversorgung und -forschung beschäftigen.  
*<https://www.wissensportal-lsbt.de/netzwerk>*

queerhandicap e. V.

Der Verein queerhandicap e. V. wurde im Sommer 2010 von LSBTIQ\* mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen gegründet. Der Verein will, dass Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans\*, Inter\* und Queer\* mit Behinderung offen und frei zu sich stehen können. Der Verein verleiht ihnen eine eigene Stimme.  
*<https://www.queerhandicap.de>*

## Projekte

Gütesiegel PRAXIS VIELFALT der Deutschen Aidshilfe

Mit dem PRAXIS VIELFALT-Gütesiegel stärken Sie Ihre Diversity-Kompetenzen und erwerben Sensibilität im Umgang mit Menschen mit HIV sowie LSBTIQ-Personen vielfältiger kultureller und sprachlicher Hintergründe. In einem qualitätsgesicherten Teamprozess und auf Grundlage eines modernen Fortbildungscurriculums steigern Sie Ihr Wissen über diese Gruppen und die Aspekte von Diskriminierung und gewinnen so mehr Handlungssicherheit im Praxisalltag.

<https://www.praxis-vielfalt.de>

i<sup>2</sup>TransHealth des Universitätsklinikums Hamburg

i<sup>2</sup>TransHealth stellt ein innovatives Versorgungsmodell dar. Da es leider in Deutschland Gegenden gibt, in denen die Trans-Gesundheitsversorgung unzureichend bzw. diese schwer zu erreichen ist, möchten wir diese Behandlungslücke durch unsere interdisziplinäre, internetbasierte (i<sup>2</sup>) Trans-Gesundheitsversorgung schließen. Wir möchten trans Menschen in Norddeutschland eine fachübergreifende Behandlung ermöglichen.

<https://www.i2transhealth.de>

Initiative Regenbogenpflege des Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe

Wir wollen mit der Initiative Regenbogenpflege dazu beitragen, dass Pflegeeinrichtungen älteren Homosexuellen ein Umfeld bieten, das frei von Diskriminierung ist und ein möglichst selbstbestimmtes Leben auch bei Pflegebedürftigkeit ermöglichen. Anbieter von Pflege sollen ermutigt werden, sich des Themas anzunehmen, und ältere Homosexuelle sollen Informationen dazu finden, wo es Pflegeeinrichtungen gibt, in denen aktive Toleranz ein wesentlicher Bestandteil des Profils ist.

<http://www.regenbogenpflege.de>

---

inter\*-Portal der Ruhr Universität Bochum

Auf unserer Seite finden Sie vielfältige Informationen zu Intereschlechtlichkeit. Ob Sie selbst intergeschlechtlich sind, Eltern eines intergeschlechtlichen Kindes, Freund\*in, Pädagog\*in oder im Bereich der Pflege/Medizin arbeiten oder sich aus anderen Gründen für das Thema interessieren, hier sind Sie richtig!

<https://inter-nrw.de>

InTraHealth der Fachhochschule Dortmund

Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für inter- und transgeschlechtliche Menschen durch Abbau von Diskriminierung als versorgerseitiger Zugangsbarriere (InTraHealth): Das Projekt InTraHealth will die Gesundheitsversorgung von inter\* und trans Menschen verbessern. Unter Leitung von Prof. Dr. Gabriele Dennert und in Kooperation mit der Technischen Hochschule Köln sowie den Kliniken Köln wird eine interaktive Online-Selbstlernumgebung für Gesundheitsfachkräfte entwickelt. Gesundheitsfachkräfte sollen so gezielt sensibilisiert werden, damit sich die medizinische Versorgungsqualität und -zufriedenheit für inter\* und trans Personen verbessert.

[https://www.fh-dortmund.de/de/fb/8/forschung/intrahealth/intrahealth\\_start.php](https://www.fh-dortmund.de/de/fb/8/forschung/intrahealth/intrahealth_start.php)

Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt® der Schwulenberatung Berlin

Das Lebensort Vielfalt®-Qualitätssiegel ist eine Auszeichnung, die stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste erhalten, die in struktureller, organisationspolitischer und personeller Hinsicht Voraussetzungen schaffen, sexuelle und geschlechtliche Minderheiten zu integrieren.

<https://schwulenberatungberlin.de/qualitatssiegel-lebensort-vielfalt-r>

### Queer im Alter des Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)

Der AWO Bundesverband führt bis Ende 2020 ein neues und bundesweites Modellprojekt zur Öffnung der Altenhilfeeinrichtungen der AWO für die Zielgruppe LSBTI durch. Im Rahmen des Modell-Projekts wird unter Einbeziehung queerer Senior\*innen-Verbände eine Musterkonzeption zur Öffnung der Altenhilfeeinrichtungen für die Zielgruppe LSBTI entwickelt und zunächst an fünf bundesweiten Pflegestandorten der AWO modellhaft umgesetzt. Durch Fortbildungen, Coachings und Praxisbegleitungen soll das Einrichtungs- und Pflegepersonal für LSBTI und deren Belange sensibilisiert, ein offenes Betreuungsklima geschaffen und eine kultursensible Pflege ermöglicht werden.

<https://www.awo.org/queer-im-alter>

### Queermed Deutschland

Queermed Deutschland ist ein nationales Verzeichnis von queer- und trans\*freundlichen Ärzt\*innen, Therapeut\*innen und Praxen. Die Empfehlungen gehen anonym von Patient\*innen ein. Dabei werden nicht nur Safe(r) Spaces für die queere Community, sondern auch andere Personengruppen mit Diskriminierungserfahrungen (People of Color, Sexarbeiter\*innen, Jüd\*innen, Muslim\*innen, Mehrgewichtige und hochgewichtige Personen, Personen mit sexualisierter Gewalterfahrung usw.) aufgezeigt. Darüber hinaus wird auf die aktuelle Problematik der Diskriminierung im Gesundheitswesen hingewiesen. Mit Hilfe von u. a. Leitfäden für behandelnde Personen und Kooperationen mit anderen Organisationen und Gruppen aus der Community werden Möglichkeiten des sensibilisierten Umgangs mit Patient\*innen aufgezeigt.

<https://www.queermed-deutschland.de>

---

Queer-Pflege.de – Das queere Pflegeportal

Das Pflegeportal schafft eine Plattform für queere/LGBTQ Personen in Pflegekontexten: Pflegebedürftige, Pflegekräfte, Pflegeanbieter und pflegende Angehörige. Mit der Plattform soll eine einfache und kostenfreie Möglichkeit geschaffen werden, queere Hilfsangebote und Kontakte zu finden, die sich mit der Pflege beschäftigen.

<https://www.queer-pflege.de>

Wissensportal LSBTI<sup>2</sup> der Fachhochschule Dortmund

LSBTI<sup>2</sup> bündelt den Zugang zu Wissen über Gesundheit und soziale Teilhabe von lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans- und intergeschlechtlichen Menschen im Lebenslauf in Deutschland. LSBTI<sup>2</sup> richtet sich an: Wissenschaftler\*innen, Absolvent\*innen, Studierende, Menschen in der LSBTI-Community-Arbeit, Fachkräfte und andere Interessierte.

<https://www.wissensportal-lsbt.de>

### **Regenbogenportal des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend**

Hier gibt es informative Beiträge zu LSBTIQ-Themen aus unterschiedlichen Lebens- und Gesellschaftsbereichen.

<https://www.regenbogenportal.de>

---

## 18. Broschürenliste

Frei erhältliche weiterführende Broschüren und Publikationen zum Thema sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin:

BRAUCKMANN, C. (2018). Gleichgeschlechtliche Lebensweisen in der offenen Senior\*innenarbeit. Praxisleitfaden für Lesben und Schwule, die ihr Alter(n) gestalten wollen. Köln: Rubicon. <https://schwuleundalter.de/download/praxisleitfaden-gleichgeschlechtliche-lebensweisen-in-der-offenen-seniorinnenarbeit/>

BUNDESINTERESSENVERTRETUNG SCHWULER SENIOREN (2019). Politische Partizipation älterer schwuler Männer in Altenhilfe und Seniorenpolitik. Wie LSBTI-Aktionspläne von Ländern oder Kommunen für die eigenen Interessen vor Ort genutzt werden können. Köln: Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren. <https://schwuleundalter.de/download/politische-partizipation-aelterer-schwuler-maenner-in-altenhilfe-und-seniorenpolitik/>

BUNDESVERBAND TRANS\* (2019). Leitfaden Trans\* Gesundheit in der Art einer Patient\_innenleitlinie zur Leitlinie: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung. Berlin: Bundesverband Trans\*. <https://www.bundesverband-trans.de/portfolio-item/leitfaden-trans-gesundheit/>

BUNDESVEREINIGUNG TRANS\* (HEUTE: BUNDESVERBAND TRANS\*) (2017). Trans\*-Gesundheitsversorgung. Forderungen an medizinische Instanzen und an die Politik. Berlin: Bundesvereinigung Trans\*. <https://www.bundesverband-trans.de/portfolio-item/policy-paper-gesundheit/>

GERLACH, H. (2019). Leitfaden für Führungskräfte der ambulanten und stationären Altenpflege zum adäquaten Umgang mit LSBTIQ. Hannover: Landeshauptstadt Hannover. <https://www.seniorenberatung-hannover.de/?vw=news&eid=10>

INTERSEXUELLE MENSCHEN (2015). Was ist es denn? Intersexualität/DSD. Ein Ratgeber für Hebammen (4. Aufl.). Hamburg: Intersexuelle Menschen. <https://www.im-ev.de/publikationen/>

MEDIZINISCHE FAKULTÄT DER MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT HALLE-WITTENBERG (2019). Handreichung für die Integration geschlechtssensibler Medizin in die Lehre. Halle (Saale): Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. [https://www.medin.uni-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/MedizinischeFakultaet/Genderfragen/Handreichung\\_GenderMed\\_09042019.pdf](https://www.medin.uni-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/MedizinischeFakultaet/Genderfragen/Handreichung_GenderMed_09042019.pdf)

PÖGE, K., DENNERT, G., KOPPE, U., GÜLDENRING, A., MATTHIGACK, E. B., & ROMMEL, A. (2020). Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. Journal of Health Monitoring, 5(S1), 1-30. <https://doi.org/10.25646/6448>

SCHWULENBERATUNG BERLIN (2019). „Wo werde ich eigentlich nicht diskriminiert?“ Diskriminierung von LSBTIQ\* im Gesundheitssystem in Berlin. Berlin: Schwulenberatung Berlin. <https://schwulenberatungberlin.de/post/ergebnisse-unsere-umfrage-lsbtiq-stark-diskriminiert-im-gesundheitswesen-in-berlin>

SCHWULENBERATUNG BERLIN (2020). Weil ich so bin, wie ich bin... Vielfalt in der Pflege. Ein Praxis-Leitfaden für stationäre und ambulante Pflege. Berlin: Schwulenberatung Berlin. <https://schwulenberatungberlin.de/post/leitfaden-zur-inklusion-sexueller-und-geschlechtlicher-vielfalt-in-der-pflege>

---

STUMMER, G. (2015). Kultursensible Pflege für Lesben und Schwule. Informationen für die Professionelle Altenpflege. Köln: Rubicon. [http://www.regenbogenpflege.de/assets/kultursensible\\_pflege\\_fuer\\_lesben\\_und\\_schwule\\_informationen\\_fuer\\_die\\_professionelle\\_altenpflege.pdf](http://www.regenbogenpflege.de/assets/kultursensible_pflege_fuer_lesben_und_schwule_informationen_fuer_die_professionelle_altenpflege.pdf)

TRANSINTERQUEER (2013). Inter\*. Hinweise für Ärzt\_innen, Psycholog\_innen, Therapeut\_innen und andere medizinische Berufsgruppen (2. Aufl.). Berlin: TransInterQueer. <https://www.transinterqueer.org/unsere-publikationen/>

TRANSINTERQUEER (2016). Medizinische Eingriffe an Inter\* und deren Folgen: Fakten & Erfahrungen. Berlin: TransInterQueer. <https://www.transinterqueer.org/unsere-publikationen/>

TROST, A. (2019). Inter\*- und Trans\* im Arbeitsalltag – was nun?! Handreichung für Fachkräfte im Sozial- und Gesundheitswesen (3. Aufl.). Magdeburg: Kompetenzzentrum geschlechtergerechte Kinder- und Jugendhilfe Sachsen-Anhalt. <https://www.geschlechtergerechtejugendhilfe.de/publikationen/braune-reihe/>

Das „Kompetenznetzwerk zum Abbau von Homosexuellen- und Trans\*feindlichkeit - Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Selbstbestimmung und Vielfalt“ ist ein Projekt der Stiftung Akademie Waldschlösschen (AWS), des Bundesverbands Trans\* e. V. (BVT\*) und des Lesben- und Schwulenverbands Deutschland e. V. (LSVD) mit Intergeschlechtliche Menschen e. V. (IMeV). Das Kompetenznetzwerk wird gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) im Rahmen des Bundesprogramms „Demokratie leben!“.

Der Umgang mit Minderheiten ist ein Gradmesser für die Demokratie. Das Kompetenznetzwerk setzt sich für den Abbau von homosexuellen-, bisexuellen-, trans\*- und inter\*feindlichen Einstellungen auf Basis von Wissensvermittlung und Aufklärung über sexuelle und geschlechtliche Selbstbestimmung und Vielfalt ein. Das Kompetenznetzwerk sorgt somit für einen Transfer von Wissen in die Gesellschaft. Ziele sind, das gesellschaftliche Miteinander durch Informationen zu vielfältigen Lebensweisen und Identitäten zu stärken, Multiplikator\*innen zu sensibilisieren und weiterzubilden sowie Angebote bundesrelevanter Grundversorgung zu unterbreiten. Das Kompetenznetzwerk bietet eine Anlaufstelle für alle gesellschaftlichen Akteur\*innen und Entscheidungsträger\*innen, die sich über queere Belange informieren wollen.

*<https://www.selbstverstaendlich-vielfalt.de>*

Kontakt der Koordinierungsstelle:  
Lesben- und Schwulenverband in Deutschland (LSVD)  
Koordinierungsstelle „Kompetenznetzwerk zum Abbau von Homosexuellen- und Trans\*feindlichkeit“  
Jürgen Rausch  
Hülchrather Straße 4  
50670 Köln  
koordinierungsstelle@lsvd.de

Stigmatisierung und Diskriminierung aufgrund von sexueller Orientierung oder Geschlechtlichkeit werden alltäglich von queeren Menschen erlebt, was mit einem geringeren Wohlbefinden und einer eingeschränkten Gesundheit einhergeht. Auch im Gesundheitswesen wird Diskriminierung wahrgenommen, so dass u. a. präventive Angebote häufig nicht genutzt werden. Um dieses Muster aufzubrechen, müssen Gesundheitsfachkräfte sensibel für sexuelle und geschlechtliche Vielfalt sein.

Diese Publikation möchte Anknüpfungspunkte für eine queersensible Arbeit im Gesundheitswesen darstellen und zur Reflexion der eigenen Arbeit – u. a. als Ärzt\*in, Pflegekraft oder Sozialarbeiter\*in – anregen. Verschiedene theoretische Grundlagen sowie Handlungsoptionen werden in 15 unterschiedlichen Beiträgen aus diversen Perspektiven aufgezeigt.

edition  
**edws** waldschlösschen  
materialien

ISBN 978-3-937977-22-5

